

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES  
(3576)

PAR

LAURA LAZZARA

OPTIMISATION DU TRAVAIL INFIRMIER EN SOUTIEN À DOMICILE AU  
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MASKINONGÉ SELON LES  
PRINCIPES DU MODÈLE TOYOTA

MARS 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Résumé

Le vieillissement de la population et de la main d'œuvre, la complexification des soins et la volonté de faire des soins à domicile le principale mode de prestation de soins de santé font en sorte que le travail des infirmières à domicile s'alourdit. Les demandes croissantes donnent place à une réorganisation quotidienne de l'organisation du travail des infirmières. Le centre de santé et des services sociaux de Maskinongé (CSSSM) a voulu optimiser le travail des infirmières et par le fait même les changements organisationnels. La présente étude de type recherche-action s'est intéressée au fonctionnement des infirmières aux services de soins à domicile du CSSSM en interprétant les données recueillies selon un modèle de gestion reconnu depuis quelques années en santé : le Modèle Toyota. Cette approche mise sur la réduction du gaspillage que ce soit en termes de temps, d'espace, de matériel, d'énergie, etc. En mai 2010, suite à une première collecte de données sur la clientèle nécessitant des soins infirmiers à domicile, des pistes d'améliorations s'inspirant du Modèle Toyota ont été suggérées quant à l'organisation du travail infirmier ainsi que les processus cliniques et administratifs. En octobre 2011, les changements organisationnels qui ont été mis en place par le CSSSM étaient : la délégation des tâches cléricales à l'agente administrative, l'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement, la clarification des critères utilisés lors l'entrée des données statistiques par les infirmières, la réorganisation du matériel selon la méthode 5S et l'intégration temporaire de deux infirmières auxiliaires. Sommes toutes, ces changements ont permis de standardiser le travail administratif des infirmières notamment au niveau de l'entrée des données statistiques et de l'organisation du matériel. L'ouverture de nouveaux postes d'infirmières a permis de une plus grande latitude dans l'organisation des visites permettant entre autre d'augmenter la fréquence de visite chez la clientèle vulnérable tout en assumant des tâches connexes tel que l'accréditation des résidences d'accueils. L'intégration non planifiée d'infirmières auxiliaires pendant la période estivale a fait partie des changements observés. Leur présence a permis dans certain cas de mettre jour les suivis des usagers (plan de soins thérapeutique infirmier). Pendant cette période, la durée moyenne d'intervention chez les personnes en fin de vie a augmenté de près de cinq minutes, ce qui représente une activité infirmière à valeur ajoutée. Également, une augmentation de la durée d'intervention a été constatée chez la clientèle en soins palliatifs. Cependant, l'intégration précipitée des infirmières auxiliaires n'a pas permis aux infirmières d'organiser les tâches de façon à optimiser le travail d'équipe et certaines infirmières ont rapporté avoir fait des déplacements supplémentaires pour compléter les évaluations cliniques. Par ailleurs, les changements relatifs à la délégation de tâches n'ont pas entraîné de changements notables sur le travail infirmier lors de ces études. L'absence des définitions de tâches appartenant aux postes d'agente administrative et d'assistant supérieur immédiat n'a pas permis de rendre compte des changements qui en découlent et rend le partage des tâches difficiles.

## Table des matières

LISTE DES TABLEAUX .....	vi
LISTE DES GRAPHIQUES.....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES ACRONYMES .....	ix
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE .....	5
<b>1.1 Constats et prévisions en SAD .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Effectif infirmier .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 CSSS de Maskinongé (CSSSM) .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Cadre de référence et type de recherche.....</b>	<b>12</b>
CHAPITRE II - REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	14
<b>2.1 Politiques de SAD au Québec .....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Évolution des politiques de SAD.....	15
2.1.2 Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et des services CLSC .....	18
2.1.3 Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA).....	18
2.1.4 Plan stratégique du MSSS.....	20
<b>2.2 Le travail infirmier en SAD .....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Le rôle de l'infirmière à domicile .....	24
2.2.2 Compétences infirmières à domicile.....	25
2.2.3 Les tâches infirmières à domicile .....	25
2.2.4 Le partage du travail entre infirmière et infirmière auxiliaire en SAD.....	27
2.2.5 L'intensification et la diversification du travail.....	28
2.2.6 L'organisation du travail infirmier en SAD.....	29
2.2.7 Des stratégies protectrices dans l'organisation du travail au SAD .....	31
<b>2.3 Le Modèle Toyota au cœur du changement .....</b>	<b>34</b>
2.3.1 L'amélioration continue en santé.....	34
2.3.2 Origines du Modèle Toyota .....	34
2.3.3 Philosophie du Modèle Toyota .....	35
2.3.4 Le système de production Toyota (SPT) .....	36
2.3.5 Les sources de gaspillages selon le modèle Toyota .....	39
2.3.6 Le SPT sous forme de maison .....	40
2.3.7 La méthode des 5S .....	43

2.3.8 L'application du modèle Toyota en santé.....	45
CHAPITRE III - MÉTHODOLOGIE.....	52
3.1 Cadre de référence, devis de recherche et déroulement de l'étude .....	53
3.2 Échantillonnage.....	57
3.3 Définitions opérationnelles.....	57
3.4 Instruments de mesure .....	59
3.5 Biais méthodologiques et validité .....	60
3.6 Considérations éthiques .....	61
3.7 Avantages et limites de la recherche .....	62
3.8 Plan de l'analyse des données .....	63
3.9 Retombées attendues .....	63
CHAPITRE IV - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	64
Première collecte de données (juin et juillet 2010).....	67
4.1 Portrait de la clientèle au CSSSM.....	67
4.1.1 Division sectorielle du territoire .....	67
4.1.2 Nombre d'utilisateurs par secteur.....	69
4.1.3 Nombre d'utilisateurs par période financière .....	70
4.1.4 Nombre d'utilisateurs distincts selon le profil d'intervention .....	71
4.1.5 Nombre d'interventions selon le profil d'intervention .....	76
4.1.6 Nombre d'interventions distinctes selon le profil d'intervention et le secteur .....	76
4.1.7 Durée moyenne d'intervention .....	81
4.1.8 Demandes de services normalisés et cessations de services .....	83
4.1.9 Synthèse du portrait de la clientèle .....	85
4.2 Cartographie des processus cliniques et administratifs .....	87
4.2.1 Cheminement initial des demandes de SAD.....	87
4.2.2 Planification des visites .....	88
4.2.3 Planification des prélèvements mesurant le ratio normalisé international (RNI) .....	91
4.2.4 Fermeture de dossier .....	92
4.3 Portrait de l'organisation du SAD au CSSSM.....	93
4.3.1 Répartition des postes infirmiers et nombre d'heures associées.....	93
4.3.2 Répartition du travail infirmier .....	95
4.3.3 Rappels et heures supplémentaires .....	96
4.3.4 Kilométrage .....	97

4.3.5 Déplacements supplémentaires pour le transport de prélèvements.....	98
4.3.6 Organisation du matériel.....	100
<b>4.4 Constats et analyse des données .....</b>	<b>103</b>
4.4.1 Instabilité de l'équipe d'infirmières au SAD .....	103
4.4.2 Rôles, tâches et fonctions.....	104
4.4.3 Planification des visites .....	105
4.4.4 Transport des prélèvements sanguins .....	106
4.4.5 Ressources informatiques .....	106
4.4.6 Poste d'assistante supérieure immédiate.....	106
4.4.7 Poste d'adjointe administrative.....	107
4.4.8 Réserve et utilité propre .....	107
4.4.9 Suivis des usagers .....	107
<b>4.5 Recommandations.....</b>	<b>108</b>
4.5.1 Stabilité de l'équipe .....	108
4.5.2 Rôles, tâches et fonctions.....	108
4.5.3 Standardisation de la planification des visites .....	108
4.5.4 Transport des prélèvements sanguins .....	109
4.5.5 Ressources informatiques .....	109
4.5.6 Poste d'assistante supérieure immédiate.....	109
4.5.7 Poste d'adjointe administrative.....	109
4.5.8 Réserve et utilité propre .....	109
4.5.9 Suivis des usagers .....	109
<b>4.6 Changements effectués .....</b>	<b>110</b>
4.6.1. La délégation de tâches à l'agent administrative .....	111
4.6.2 L'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement.....	111
4.6.3. La conscientisation à l'entrée des données statistiques .....	111
4.6.4 La réorganisation du matériel selon la méthode 5S .....	112
4.6.5 L'intégration temporaire de deux infirmières auxiliaires .....	113
Deuxième collecte de données (octobre 2011) .....	113
<b>4.7 Portrait de la clientèle au CSSSM .....</b>	<b>113</b>
4.7.1 Nombre d'usagers par période financière .....	114
4.7.2 Nombre d'interventions par profil d'intervention.....	115
4.7.3 Durée moyenne d'intervention .....	116

<b>4.8 Portrait de l'organisation du SAD au CSSSM.....</b>	<b>119</b>
4.8.1 Répartition des postes infirmiers et nombre d'heures associées.....	119
4.8.2 Délégation de tâches cléricales.....	120
4.8.3 Infirmières auxiliaires.....	121
4.8.4 Répartition du temps infirmier.....	122
4.8.5 Nombre de rappels et d'heures supplémentaires par période .....	122
4.8.7 Organisation du matériel.....	125
<b>CHAPITRE V - DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>128</b>
<b>5. Les changements survenus.....</b>	<b>128</b>
5.1 La délégation de tâches à l'agente administrative .....	128
5.2 L'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement.....	129
5.3 La conscientisation à l'entrée des données statistiques dans I-CLSC.....	131
5.4 La réorganisation du matériel .....	133
5.5 L'intégration des infirmières auxiliaires à l'équipe de soins infirmiers du SAD .....	134
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>139</b>
<b>6.1 Synthèse des résultats .....</b>	<b>138</b>
<b>6.2 Les limites de l'étude .....</b>	<b>140</b>
<b>6.3 Implication pour la pratique et la recherche.....</b>	<b>141</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>143</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>149</b>
<b>ANNEXE A.....</b>	<b>150</b>
<b>ANNEXE B.....</b>	<b>151</b>
<b>ANNEXE C.....</b>	<b>152</b>
<b>ANNEXE D.....</b>	<b>155</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les 14 principes du Modèle Toyota.....	36
Tableau 2 : Exemples de gaspillages en milieu industriel, en milieu hospitalier et en SAD .....	40
Tableau 3 : Méthode des 5S .....	43
Tableau 4 : Liste des indicateurs mesurés à la première collecte de données .....	55
Tableau 5 : Planification des activités .....	56
Tableau 6 : Liste des résidences privées, d'accueils et les ressources intermédiaires desservies par le CSSSM .....	69
Tableau 7 : Nombre d'utilisateurs par secteur entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 .....	70
Tableau 8 : Nombre d'utilisateurs et d'interventions distinctes selon le profil d'intervention .....	77
Tableau 9 : Nombre de demandes et cessations de services entre le 23 mai 2009 et 22 mai 2010 .....	84
Tableau 10 : Nombre de demandes de services initiales selon le type de soins et le secteur .....	85
Tableau 11 : Nombre de dossiers actifs et inactifs en date du 15 juin 2010 .....	85
Tableau 12 : Synthèse du portrait de la clientèle au CSSSM selon les secteurs .....	86
Tableau 13 : Nombre de déplacements supplémentaires pour le transport des prélèvements du 17 juin au 16 juillet 2010 .....	99
Tableau 14 : Nombre de demande de RNI du 21 juin au 16 juillet 2010 .....	100
Tableau 15 : Nombre d'utilisateurs et d'interventions distinctes selon le profil d'intervention entre le 23 mai 2010 et le 10 septembre 2011 .....	116



## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cartographie de l'installation d'un cathéter central inséré par voie périphérique .....	38
Figure 2 : Le système de production Toyota (SPT).....	41
Figure 3 : Calendrier des évènements .....	66
Figure 4 : Cartographie du cheminement initial des demandes de SAD .....	88
Figure 5 : Cartographie de la planification des visites .....	90
Figure 6 : Cartographie de la planification des RNI .....	92
Figure 7 : Cartographie de la fermeture des dossiers .....	93
Figure 8 : Répartition des heures de travail infirmier selon les disponibilités en date du 1er juillet 2010 .....	94
Figure 9 : Répartition des heures de travail infirmier selon le secteur .....	96
Figure 10 : Répartition des heures de travail infirmier selon les disponibilités en date du 11 octobre 2011 .....	120

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Nombre d’usagers par périodes financières entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 .....	71
Graphique 2 : Nombre d’usagers distincts par profil d’intervention tous profils confondus .....	73
Graphique 3 : Nombre d’usagers distincts par profil d’intervention dans le secteur 1 .....	73
Graphique 4 : Nombre d’usagers distincts par profil d’intervention dans le secteur 2 .....	74
Graphique 5 : Nombre d’usagers distincts par profil d’intervention dans le secteur 3 .....	74
Graphique 6 : Nombre d’usagers distincts par profil d’intervention dans le secteur 4 .....	75
Graphique 7: Nombre d’usagers distincts par profil d’intervention dans la municipalité de Saint-Paulin .....	75
Graphique 8 : Nombre d’interventions distinctes par profil d’intervention tous secteurs confondus .....	76
Graphique 9 : Nombre d’interventions distinctes par profil d’intervention dans le secteur 1 .....	78
Graphique 10 : Nombre d’interventions distinctes par profil d’intervention dans le secteur 2 ...	79
Graphique 11 : Nombre d’interventions distinctes par profil d’intervention dans le secteur 3 ...	79
Graphique 12 : Nombre d’interventions distinctes par profil d’intervention dans le secteur 4 ...	80
Graphique 13 : Nombre d’interventions distinctes par profil d’intervention dans la municipalité de Saint-Paulin .....	80
Graphique 14 : Durée moyenne d’intervention selon le profil d’intervention entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 .....	82
Graphique 15 : Durée moyenne d’intervention tous profils d’intervention confondus entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 .....	83
Graphique 16 : Demandes et cessations de services par période du 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 .....	84
Graphique 17 : Nombre de rappels par période entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 .....	96
Graphique 18 : Nombre d’heures supplémentaires par période entre le 23 mai 2009 et 22 mai 2010 .....	98
Graphique 19 : Distance parcourue (km) par période financière entre le 23 mai 2009 au 22 mai 2010 .....	98
Graphique 20 : Nombre d’usagers par période financière entre le 23 mai 2009 au 10 septembre 2011 .....	114

Graphique 21 : Durée moyenne d'intervention selon le profil d'intervention entre le 23 mai 2009 au 10 septembre 2011 .....	118
Graphique 22 : Durée moyenne d'intervention tous profils d'intervention confondus entre le 23 mai 2009 au 10 septembre 2011 .....	118
Graphique 23 : Nombre de rappels par période du le 23 mai 2009 au 10 septembre 2011 .....	123
Graphique 24 : Nombre d'heures supplémentaires par période du le 23 mai 2009 au 10 septembre 2011 .....	124
Graphique 25 : Distance parcourue (km) par période du le 23 mai 2009 au 10 septembre 2011 .....	124

## LISTE DES ACRONYMES

**ACSP** : Association Canadienne de Santé Publique  
**AEO** : Accueil, Orientation, Évaluation  
**AIIC** : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada  
**AISSC** : Association des Infirmières et Infirmiers en Santé Communautaire du Canada  
**ASI** : Assistant Supérieur Immédiat  
**ASSS** : Agence de la Santé et des Services Sociaux  
**ASVA** : Activité sans valeur ajoutée  
**AVA** : Activité à valeur ajoutée  
**CLSC** : Centre Local de Services Communautaires  
**CSSS** : Centre de Santé et de Services Sociaux  
**CSSSM** : Centre de Santé et de Services Sociaux de Maskinongé  
**ICAIC** : Infirmière Clinicienne Assistante Infirmière Chef  
**SMAF** : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle  
**ISQ** : Institut de la Statistique du Québec  
**JAT** : Juste à Temps  
**LIRISS** : Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche et d'Intervention dans les Services de Santé  
**MPOC** : Maladies Pulmonaires Obstructives Chroniques  
**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services Sociaux  
**OEMC** : Outil d'Évaluation Multiclientèle  
**OIIQ** : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec  
**PALV** : Perte d'autonomie liée au vieillissement  
**PTI** : Plan Thérapeutique Infirmier  
**RNI** : Ratio normalisée International  
**RSIPA** : Réseau de soins intégrés aux personnes âgées  
**SAD** : Soutien à Domicile  
**SIPA** : Système Intégré pour les Personnes Âgées fragiles  
**SPT** : Système de Production Toyota  
**TCR** : Temps complet Régulier  
**TED** : Trouble Envahissant du Développement  
**UQTR** : Université du Québec à Trois-Rivières  
**VMMC** : Virginia Mason Medical Center  
**TPR** : Temps partiel régulier

## INTRODUCTION

À l'aube des années 90, dans l'espoir de réduire les dépenses croissantes et d'assurer la continuité d'un système de santé universel, équitable et gratuit, le gouvernement québécois a lancé un virage ambulatoire en santé. Cette stratégie consistait à transférer les services de santé vers la communauté. Ce faisant, les services communautaires, particulièrement les services de soins infirmiers à domicile, se sont vite retrouvés submergés par l'augmentation d'une nouvelle clientèle ainsi que par ses besoins très diversifiés. Pour le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), il était évident que les services à domicile étaient au coeur de la stratégie du virage ambulatoire. La réorganisation des soins à domicile a donc été appuyée de la loi 90 et d'une nouvelle politique de soutien à domicile (MSSS, 2003; OIIQ, 2003). Suite à ces changements, les infirmières en soutien à domicile (SAD) ont dû assumer de nouvelles fonctions et étendre leurs champs de pratique. Par exemple parmi ces nouvelles tâches il y a eu la délivrance des soins post-opératoires, auparavant prodiguées en milieu hospitalier, ainsi que l'enseignement et la supervision des actes infirmiers délégués aux non professionnels impliqués dans les services de SAD.

La désinstitutionalisation des personnes atteintes de trouble de santé mentale et la diminution du séjour hospitalier après une chirurgie sont des exemples tangibles qui ont permis de réaliser des économies substantielles dans les années 90 (Lesage, Contandriopoulos, & Reinharz, 1999; Tousignant, Soderstrom, Lavoie, Kaufman, & Pineault, 2000). En 1996, on évaluait que le coût moyen pour subvenir au besoin d'une personne hospitalisée en santé mentale était de 47 450\$ par année, alors que le coût moyen annuel d'une personne demeurant dans une ressource extérieure était de 37 960\$ (Lesage et al., 1999). De plus, entre 1996 et 1999, le temps d'hospitalisation après une

chirurgie a diminué de 13,1 à 9,7 jours, créant une nette économie associée à la diminution des frais d'hospitalisation (Tousignant et al., 2000). Or, les dépenses en santé et en services sociaux ont presque doublé entre 1996 et 2008. La portion du budget allouée aux services à domicile a pourtant connu une hausse de moins 0,8 % en passant de 2,5% à 3,3% (MSSS, 2008, 2011). Les économies n'ont visiblement pas été réinvesties pour assurer le suivi des personnes déplacées vers la communauté.

L'impact du virage ambulatoire sur les services de SAD s'est fait sentir à différents niveaux. Les centres de santé de services sociaux (CSSS) ont dû à la fois planifier une réorganisation du travail en fonction des besoins grandissants de la population vieillissante et d'offrir des soins à domicile à de nouvelles clientèles. Les CSSS ont également été contraints à s'ajuster aux départs massifs des infirmières à la retraite, causant une perte d'expertise et de main d'œuvre (OIIQ, 2010). Les infirmières de leur côté, ont été forcées de modifier la gestion de leur travail, notamment en raison des demandes de soins post opératoires provenant des hôpitaux et nécessitant des visites dans les 24 à 48 heures suivant le congé. De tels changements ont limité les infirmières dans l'organisation de leur travail en réduisant la flexibilité de leur horaire. Conséquemment, un déséquilibre s'est créé, occasionnant un délai dans la délivrance des soins, une diminution de l'intensité des soins, un épuisement des ressources professionnelles et financières, sans parler de l'épuisement des proches-aidants (Cloutier et al., 2008; David, Cloutier, Prévost, & Teiger, 1999).

Suite à ces constats, des initiatives ont été mises en place pour assurer la continuité des soins offerts à la clientèle au SAD. Le MSSS a ciblé des objectifs visant à augmenter l'intensité des visites à domicile pour assurer le suivi des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ainsi que les clientèles vulnérables telles les personnes nécessitant des soins palliatifs. Aussi, des programmes d'autogestion des maladies chroniques ont vu le jour, notamment, pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), permettant à la personne de prendre en charge sa santé et de réduire les besoins en services de SAD. Ensuite, une ligne Info-Santé CLSC disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine a été implantée partout au Québec. La ligne Info-Santé est un service accessible peu importe le lieu de résidence développé dans le but d'offrir un service à domicile complémentaire. Finalement, certains CSSS ont fait appel aux services des infirmières auxiliaires afin de contrer la pénurie de personnel infirmier et de réduire les coûts.



**CHAPITRE I**  
**PROBLÉMATIQUE**

## **1.1 Constats et prévisions en SAD**

Aujourd'hui, malgré ces interventions, les CSSS ont peine à soutenir la réorganisation des services de SAD sur le terrain, notamment, en raison de l'essoufflement du personnel et d'un manque de ressources (Cloutier et al., 2008). Tout porte à croire que les besoins en SAD ne cesseront d'augmenter au cours des prochaines années. Le vieillissement de la population, la pénurie de la main d'œuvre et la prévalence des maladies chroniques affecteront particulièrement le système de santé québécois (Association canadienne de soins et services à domicile, 2010). En 1971, 7 % des Québécois étaient âgés de 65 ans et plus. En 2008, ce pourcentage a doublé pour atteindre 14,6 %. Les projections de Statistique Canada estiment qu'en 2031 la population de 65 ans et plus atteindra 25 %, et l'âge médian s'élèvera à 47 ans. Ce phénomène est particulièrement important au Québec en raison d'une baisse du taux de natalité au cours des dernières années. La population qui se trouve aujourd'hui parmi les plus jeunes en Amérique du Nord, sera classée parmi les plus vieilles en 2031 (Gouvernement du Québec, 2009). Ce vieillissement accéléré de la population dans les prochaines années et la hausse de l'espérance de vie pressent le Québec à optimiser la délivrance des services de santé à domicile afin de répondre à un besoin grandissant de soins de santé tout en tenant compte de la réduction du nombre d'individus en âge de travailler (MSSS, 2010).

Par ailleurs, l'apparition prématurée des maladies chroniques due, entre autre, à la sédentarité et aux mauvaises habitudes alimentaires des Québécois, s'additionne au vieillissement de la population (MSSS, 2010). Selon les études de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), le recours aux services de santé augmente en fonction du

nombre de maladies chroniques dont la personne est atteinte (ISQ, 2009). Entre 2000 et 2005, le Québec a vu la prévalence des maladies chroniques augmenter de 2,8% chez la population de 12 ans et plus, comparativement à une augmentation de 1,7% dans l'ensemble du pays. En 2009, les maladies chroniques touchaient 77,4% des personnes âgées de 65 et plus (ISQ, 2009). L'alourdissement des besoins de santé des personnes atteintes de maladies chroniques engendre des coûts non négligeables reliés notamment à la demande de soins plus spécialisés et à l'augmentation de la fréquence des demandes de services à domicile.

## **1.2 Effectif infirmier**

Au niveau des ressources professionnelles, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a noté un ralentissement de la croissance de l'effectif infirmier soit de 0,6% en 2008-2009 comparativement à 1,5% de 2002 à 2007 (OIIQ, 2008). Seul deux enquêtes sur l'effectif infirmier ont été publiées par l'OIIQ au cours de la décennie, ce qui ne permet pas d'évaluer la progression à long terme. Cependant, la diminution du nombre de renouvellement du permis d'exercice au tableau de l'OIIQ était principalement associée aux départs à la retraite ainsi que la diminution des nouvelles infirmières. Cette situation aggravée par le vieillissement de la main d'œuvre est prévisible. En 2008-2009, 21% des infirmières étaient âgées de 55 ans et plus et potentiellement admissibles à la retraite. Par ailleurs, les conditions de travail attirantes dans le réseau de santé privé ont incité bon nombre d'infirmières à quitter le secteur public. En 2009, seul 83% des infirmières travaillaient dans le réseau de santé public, un taux qui est à la baisse depuis 2001 (OIIQ, 2010). En somme, la réduction d'effectif force les établissements de santé à réorganiser les ressources professionnelles dont ils disposent

ainsi qu'à adopter des stratégies de rétention du personnel. Toutefois, ces réorganisations sont trop souvent faites en réaction à un manque imminent de ressources infirmières ce qui ne permet pas de prévoir des solutions à long terme même devant des statistiques alarmantes.

Les intentions gouvernementales d'offrir des services à domicile en tant que premier choix demeurent une priorité malgré le manque de ressources. Il est donc important d'appuyer les professionnels, particulièrement les infirmières, dans une gestion optimale de leur travail afin qu'elles puissent répondre aux défis liés à l'offre de services en SAD. De plus, il est possible de croire qu'une gestion optimale de l'organisation du travail pourrait réduire certaines pertes de temps, de savoir, d'énergie et d'argent.

Les CSSS doivent faire preuve d'ingéniosité pour répondre aux demandes ministérielles et aux particularités de leur territoire. Les régions du Québec sont différentes ce qui les forcent à appliquer une stratégie personnalisée qui doit notamment tenir compte du pourcentage de personnes âgées, de la dispersion géographique de la population, de la diversité culturelle, du niveau d'éducation de leur clientèle. À titre d'exemples les milieux ruraux sont plus limités quant à l'accès aux soins spécialisés que les grands centres urbains où la proximité des hôpitaux est un atout important. Les infirmières à domicile oeuvrant dans les milieux ruraux doivent être en contact avec les ressources spécialisées malgré la distance et posséder la compétence pour assurer un suivi clinique adéquat.

### **1.3 CSSS de Maskinongé (CSSSM)**

Le CSSSM fait partie des huit centres associés à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les services sont offerts à travers quatre établissements distribués dans le territoire. L'ensemble des services de SAD et des services administratifs se situent au Centre Comtois à Louiseville. Le Centre de services Avellan-Dalcourt offre notamment des services d'analyse de laboratoire et d'hospitalisation et est également situé à Louiseville. Deux autres points de services, l'un à Saint-Alexis-Des-Monts et l'autre à Saint-Paulin permettent de rejoindre la population éloignée. Le vaste territoire géographique possède une densité de population qui varie de 2,8 habitants par kilomètre carré (Saint-Alexis-Des-Monts) à 121,8 habitants par kilomètre carré (Louiseville) élevant le taux de ruralité à 57,7%.

La portion des personnes âgées de 65 ans et plus compte pour près de 20% ce qui est largement au-dessus du décompte provincial soit 14,6% (CSSSM, 2009; Gouvernement du Québec, 2009). À cette problématique s'ajoute la pénurie croissante de main d'œuvre causée par l'exode des jeunes, le départ de la population travaillante vers les grandes villes et la difficulté à attirer de nouveaux jeunes professionnels dans ce secteur. Dans un premier temps, la proximité d'autres réseaux locaux de santé de taille plus importante réduit l'attrait des professionnels à venir travailler sur le territoire desservi par le CSSSM. Dans un deuxième temps, le CSSSM prévoit plusieurs départs à la retraite d'ici 2013 (CSSSM, 2008). Les gestionnaires doivent également gérer un budget financier restreint compte tenu du mode de budgétisation provincial où le montant d'argent est attribué en fonction du nombre d'individus dans le territoire. Cette redistribution budgétaire ne tient pas compte des coûts associés aux besoins minimaux de

base pour le fonctionnement d'un CSSS, ni de la dispersion géographique de la population nécessitant des déplacements et du temps supplémentaires dans une région où le taux de ruralité est de 59,6% (CSSSM, 2010).

À l'automne 2004, le CSSSM a mis sur pied un «*Projet d'alignement contingent de l'organisation du travail*» où l'organisation de l'établissement a été révisée dans le but de mettre en place un réseau local de services intégrés et de répondre aux exigences gouvernementales. Les actions déployées dans le secteur du SAD ont eu des résultats positifs sur l'organisation du travail des infirmières. Il y a eu entre autres : le regroupement des services de santé physique permettant de libérer un espace suffisant pour réunir dans un même local l'équipe d'infirmières du SAD; la création d'un poste d'assistante du supérieur immédiat (ASI) pour assurer la coordination car les infirmières avaient cerné une répartition inégale des tâches dans l'équipe et un manque de cohésion; la création d'un poste d'agente administrative pour réduire le travail clérical des infirmières; le développement d'outils pour soutenir la pratique soit, un document résumant les rôles et les responsabilités, les critères d'admissibilité au SAD ainsi qu'un cartable de références cliniques pour les intervenants(CSSSM, 2008). L'intégration des infirmières auxiliaires à l'équipe ainsi que la mise en place d'un système informatique étaient prévues lors de cette réorganisation, mais ces projets demeurent encore en attente.

Au printemps 2010, suite aux changements organisationnels mis en place dans le *Projet d'alignement contingent de l'organisation du travail*, le CSSSM constate qu'il y a encore place à amélioration dans le secteur SAD. Certaines problématiques ont été ciblées par les infirmières oeuvrant en SAD telles que le manque d'effectif infirmier, la

continuité de soins chez la clientèle vulnérable, la répartition du travail par secteur, les déplacements supplémentaires notamment pour répondre au délai imposé par le laboratoire médicale et la répétition de tâches cléricales. Les gestionnaires ont également soulevées des préoccupations relatives à l'incapacité à rejoindre certaines normes ministérielles en regard à l'intensité de soins, la gestion du travail devant s'ajuster au déclin de l'effectif infirmier notamment en raison de la titularisation et des coupures de poste, le dédoublement de travail, la venue prochaine d'une réforme technologie en santé précisément, l'intégration du logiciel SIMO en SAD et la volonté d'intégrer des infirmières auxiliaires au SAD. Le CSSSM a fait part de la nécessité d'approcher ces nouveaux défis en SAD en obtenant des données quantifiables sur le fonctionnement infirmier et en impliquant les employés. L'organisation du travail infirmier dans un contexte de SAD au CSSSM a soulevé mon intérêt d'un point de vue académique. D'une part, parce que la pratique infirmière en SAD a connu de nombreux changements suite au virage ambulatoire et qu'elle doit s'ajuster aux changements futurs tel que la hausse de la clientèle et la complexification des soins considérant des ressources humaines et financières limitées. D'autre part, parce qu'en tant qu'infirmière j'estime que les conditions nécessaires à une bonne pratique prennent racines dans l'organisation du travail. À cet égard, il a été suggéré au CSSSM de procéder à une réorganisation du travail infirmier au SAD dans le contexte d'une étude quantitative afin d'obtenir un portrait du fonctionnement infirmier, de faire ressortir les pistes d'amélioration, d'instaurer un changement et d'en évaluer les résultats.

#### **1.4 Cadre de référence et type de recherche**

Le modèle Toyota est utilisé comme cadre de référence de cette étude parce qu'il correspond au défi de réorganisation au SAD ayant pour objectif d'optimiser le travail infirmier à domicile. De plus, il donne la chance aux employés de participer activement à la réorganisation de leur travail. Développé dans un contexte de gestion et de génie industriel, le modèle Toyota s'applique à analyser le système de production pour en éliminer le gaspillage et tenter de réduire le travail qui ne contribue pas à la valeur du produit final (activité sans valeur ajoutée). En santé, il existe plusieurs sources de gaspillage tel que du matériel médical périmé ainsi que des activités sans valeur ajoutée (ASVA) (p. ex., un professionnel qui doit se déplacer pour obtenir un dossier) (Liker & Meier, 2008). Jusqu'à maintenant l'application des principes du modèle Toyota a eu des retombées positives dans plusieurs établissements de santé, mais aucune application de ses principes n'a été tentée dans la réorganisation du travail infirmier en soutien à domicile (Bertholey, Bourniquel, Rivery, Coudurier, & Follea, 2009; Graban & Padgett, 2008; Melanson et al., 2009; Ng, Vail, Thomas, & Schmidt, 2010). Les ressources limitées et l'augmentation des besoins de la population placent les gestionnaires dans l'obligation de réorganiser le travail infirmier à domicile. La philosophie Toyota permet un changement de culture progressive qui mise sur l'investissement à long terme et l'utilisation efficiente des ressources humaines et financières par la réduction du gaspillage.

Une approche de recherche-action est favorisée dans ce projet car elle permet d'adapter l'étude à des problématiques concrètes dans un milieu de travail réel et d'en adapter les actions en fonction de l'interaction avec le milieu (Valcarcel-Craig, 2009).



Les résultats de l'étude tenteront d'apporter une réponse à la question : Est-il possible d'appliquer les principes du modèle Toyota pour optimiser le travail clinique et administratif des infirmières oeuvrant en soutien à domicile? Dans ce contexte, il est souhaitable que certains principes du modèle puissent être appliqués dans l'analyse de la situation actuelle au SAD du CSSSM, dans l'élaboration de piste d'amélioration ainsi que dans l'évaluation des changements organisationnels qui prendront place pendant l'étude. L'optimisation du travail infirmier vise notamment que les infirmières puissent répondre à la demande de soutien à domicile selon les critères établis par le MSSS. De plus, il est souhaitable que les infirmières puisse avoir une marge de manœuvre dans l'organisation de leur travail leur permettant d'ajuster les horaires de visites (en fonction des priorités post opératoires, des secteurs à desservir, du manque d'effectifs infirmiers, des urgences, des autres tâches administrative, de la distance à parcourir, etc.). Principalement, l'optimisation du travail infirmier se veut un façon d'accroître le temps de travail infirmier dédié aux tâches cliniques (tels que les soins directs et le suivi) dans le but de soutenir et améliorer la santé de la population recevant des soins à domicile.

**CHAPITRE II**  
**REVUE DE LA LITTÉRATURE**

## **2.1 Politiques de SAD au Québec**

### *2.1.1 Évolution des politiques de SAD*

Au tournant du 21<sup>e</sup> siècle, la réforme politique en santé a été vivement critiquée par la population et les professionnels. Certaines personnes et leurs proches se sont vus attribués des responsabilités parfois lourdes pour lesquelles ils n'étaient pas préparés. Les personnes nécessitant des soins étaient souvent transférées à domicile, sans tenir compte de leur niveau d'autonomie dans la gestion de leur santé ni de l'impact financier et humain (Gagnon et al., 2001; Tousignant et al., 2000). Près de cinq ans après l'instauration progressive du virage ambulatoire, des chercheurs ont fait état de la situation. Conscients que l'objectif gouvernemental était de réduire le séjour hospitalier et d'augmenter l'utilisation des services à domicile, les chercheurs ont comparé l'utilisation des services de santé, l'état de santé et le bien-être psychologique des usagers et leurs proches en 1996 et en 1999 (Tousignant et al., 2000). Leurs conclusions ont notamment mis en lumière qu'il n'y avait pas eu de réduction du séjour pour les personnes hospitalisées avec des conditions médicales telles que la pneumonie, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et la cellulite. Également, les usagers en 1999 n'ont pas vu leur condition médicale s'améliorer aussi bien qu'en 1996. Les chercheurs ont toutefois noté qu'il y a eu une plus grande utilisation de soins à domicile pour la cohorte de 1999 (Tousignant et al., 2000).

Depuis les années 90, le SAD représente le premier choix en matière de délivrance des soins pour le MSSS. Toutefois, peu après le début du virage ambulatoire, le gouvernement a fait ressortir le manque de cohésion entre les établissements de santé

et la communauté. À cet effet, le Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne, adopté en 1994, a été remplacé par une politique qui convient mieux à cette nouvelle réalité : *Chez soi : Le premier choix* (MSSS, 2003). Cette politique se distingue par une vision favorisant le bien-être des usagers en mettant de l'avant cinq principes fondamentaux : le domicile est toujours la première option à considérer; le choix des individus est prioritaire; le proche-aidant est un statut reconnu; le SAD est une philosophie d'action; le domicile est un choix neutre financièrement pour l'utilisateur (MSSS, 2003). Dans ce même élan de changement, l'expression «maintien à domicile» est remplacée par «soutien à domicile». La raison d'être du SAD ne se limite pas à diminuer les coûts en transférant les services à la maison, mais elle se justifie avant tout par le soutien de la personne afin d'assurer son bien-être et favoriser son intégration dans la communauté. Les services à domicile ne sont plus un service additionnel, ils représentent une nouvelle entrée pour répondre aux besoins de la population.

Le choix d'être en établissement ou chez soi ne doit pas avoir d'impact financier pour l'utilisateur. Cette nouvelle politique met graduellement en place des conditions pour permettre aux personnes de demeurer à domicile malgré leur condition de santé. Cette philosophie pousse plus loin la réflexion sur la santé en introduisant le concept d'autonomisation. En effet, en adaptant les soins au milieu de vie, les professionnels de la santé mettent en place des conditions pour que la personne se sente capable de faire des choix, qu'elle ait confiance en ses capacités et qu'elle s'implique activement dans la gestion de sa santé. Cette politique reconnaît que les proches sont un soutien essentiel à la personne et qu'ils ont également besoin d'être soutenus et pris pour compte.

Les services à domicile peuvent prendre différentes formes : des services professionnels de courte ou longue durée, des repas, du répit ou de l'aide technique. Plusieurs autres personnes dont la condition de santé est précaire peuvent bénéficier de ces services tels que : les maladies chroniques, les convalescences, les troubles mentaux, les soins palliatifs ainsi que les déficiences ou les troubles envahissant du développement. En plus de se pencher sur la problématique du vieillissement de la population, la politique *Chez soi, le premier choix* adopte une vision plus étendue des services à domicile que les politiques antérieures. Elle s'adresse à toute personne ayant une incapacité significative dans le but de lui permettre de prendre activement part à la société malgré sa condition de santé.

Il s'agit là du travail concerté de plusieurs professionnels de la santé qui agissent auprès de la personne pour qu'elle puisse gérer sa santé dans son milieu de vie. Les soins infirmiers sont le point d'ancrage de la relation entre la personne à domicile et les services de santé. L'infirmière y travaille en tant que gestionnaire de cas de façon à évaluer les besoins avec la personne, obtenir les ressources nécessaires et s'assurer d'offrir des services dans un continuum de soins. Le suivi des usagers à domicile fait partie des principales préoccupations de la nouvelle politique. Il s'avère parfois plus difficile de suivre l'état de santé des usagers dans la communauté en raison notamment de la distance physique et des communications limitées. L'organisation du travail doit donc faire en sorte que le suivi des usagers au SAD par l'infirmière puisse se faire aisément dans le travail quotidien de l'infirmière.

### 2.1.2 Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et des services CLSC

En 1999, le déploiement du système *Intégration CLSC* (I-CLSC) a permis de regrouper sous un seul système plusieurs applications utilisées par les établissements, aujourd'hui appelés CSSS. Cette technologie permet entre autre la gestion de rendez-vous, les prêts de dossiers et d'équipement, la gestion des demandes de services et le suivi des vaccinations. Le programme contient une importante base de données sur la clientèle faisant appel aux services. Cette base de données peut être questionnée à l'aide du programme *Impromptu* et génère des rapports normalisés qui permettent une gestion efficiente basée sur des données quantifiables (Chevrier, Turcotte, Lafontaine, & Godbout, 2009). Les usagers y sont classés par «profil d'intervention», ce qui informe sur le type de soins requis. Les profils d'interventions les plus communs en SAD sont : perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV); santé physique phase post opératoire; santé physique court terme, services liés à une déficience physique, soins palliatifs, services liés à une déficience intellectuelle et services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux. Ce classement permet d'établir des objectifs de soins communs dans le CSSS pour améliorer la santé de la population. À cet égard, les personnes en PALV, représentant près de la moitié des usagers du SAD, font l'objet d'initiatives gouvernementales telles que le Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) dans le but d'assurer une continuité de soins à domicile.

### 2.1.3 Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA)

En 2004, l'idée d'un système intégré pour les personnes âgées fragiles (SIPA) a fait l'objet d'une étude à Montréal. Le SIPA visait à soutenir les personnes âgées en

communauté en facilitant l'accès aux services de proximité (p. ex.; médecin de famille) de façon à réduire l'usage des services institutionnels (p.ex.; urgence hospitalière). Ces personnes étaient sous la responsabilité d'un gestionnaire de cas et d'une équipe multidisciplinaire. Les conclusions de l'étude ont été somme toute favorables au projet. L'augmentation des heures de services de SAD et le nombre de visites chez un médecin généraliste étaient significativement plus élevés dans le groupe SIPA que dans le groupe témoin. De plus, dans le groupe SIPA, les chercheurs ont observé une diminution de l'utilisation des services institutionnels par la durée des séjours hospitaliers écourtée de 10% ainsi qu'une réduction du temps d'attente d'hébergement par un temps d'attente près deux fois moins long (Béland et al., 2004). De l'initiative du SIPA a découlé une réelle volonté ministérielle d'établir le RSIPA de façon à outiller les établissements et faciliter le suivi des personnes âgées à domicile.

Le RSIPA a pour but d'uniformiser et d'intensifier les services aux personnes âgées de façon à garantir l'accès aux mêmes services de santé et sociaux peu importe le lieu de résidence et le service nécessaire (Beauregard, 2007a). Il s'agit d'un programme informatique qui permet le partage d'information pertinente aux différents professionnels qui interviennent auprès d'un usager. Il regroupe les composantes suivantes : la gestion des données sociodémographiques provenant de la base de données I-CLSC; la recherche des évaluations antérieures; l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC); l'outil PRISMA-7 qui permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave; le système de mesure de l'autonomie fonctionnel (e-SMAF). Le RSIPA offre aussi la possibilité d'émettre des rapports de gestion permettant l'analyse de l'information, les notes

évolutives, l'aide en ligne et la mise à jour. Le regroupement de ces outils par le moyen de l'informatique permet de standardiser le travail clinique des intervenants et d'éliminer les doublons d'information (Beauregard, 2007a, 2007b; Gillot, 2010).

Une équipe de chercheurs a documenté l'implantation du RSIPA dans la région de Sherbrooke en 2009. Selon ses conclusions, le RSIPA a eu des retombées positives sur la fluidité de l'échange d'informations entre le SAD et les institutions de santé à l'urgence et au cours des hospitalisations. Ils ont observé une diminution du délai d'attente d'hébergement soit, 44 jours en 1999 versus 17,4 jours en 2009. (Bureau & Gosselin, 2010). Au CSSSM, l'implantation du RSIPA a débuté à l'été 2010.

#### *2.1.4 Plan stratégique du MSSS*

Les objectifs gouvernementaux en rapport au SAD sont définis dans le Plan stratégique publié tous les cinq ans. Au cours des cinq dernières années, l'organisation des services, l'accessibilité et la continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables ont été des enjeux importants. Pour adresser ces priorités, le MSSS a des axes d'interventions ainsi que des objectifs bien précis. En ce qui concerne les services de SAD, cet enjeu s'est traduit par une volonté d'offrir des services pour les personnes atteintes d'un cancer ou de maladies chroniques ainsi que permettre aux personnes en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté (MSSS, 2005b).

À partir de ces orientations, l'entente de gestion avec les différentes Agences de santé et des services sociaux (ASSS) a ciblé des objectifs précis à atteindre en 2010 pour



leur territoire respectif. Dans un premier temps, le CSSSM avait comme objectif d'offrir des soins à domicile à 60% des personnes nécessitant des soins palliatifs, et ce, avec une moyenne d'intensité de services de 16 interventions par personne par année. En 2009-2010, les CSSS régis par l'ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont répondu partiellement à cet objectif en offrant les services à 51% de la population nécessitant des soins palliatifs (vs 54% en 2008-2009) avec une intensité de services de 23,7 interventions par personne par an (vs 23,3 en 2008-2009). De son côté, le CSSSM a partiellement rencontré l'intensité services chez cette même clientèle avec un ratio d'interventions par usager de 14,3 en 2008-2009 et de 20,1 en 2009-2010. Le CSSSM se trouvait, néanmoins, bien en deçà du reste du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Dans un deuxième temps, l'entente de gestion avait pour objectif d'offrir des services de SAD à 16% de sa population en perte d'autonomie avec une intensité de service de 24 interventions par personne par an. En 2009-2010, le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec a répondu à cet objectif avec une offre de service chez 16% de la population en PALV avec une intensité de services de 25,2 interventions par personne par an (vs 16,1% et 23,3 interventions/personnes en 2008-2009). Par contre, le CSSSM n'a pas atteint la cible d'intensité de soins chez la clientèle en PALV. L'intensité de services a passé de 21,7 interventions par usager par an (en 2008-2009) à 22,3 (en 2009-2010) alors que la cible ministérielle pour ces deux années était de 24. Il est à noter que l'intensité de services englobe tous les services à domicile offerts par les différents professionnels incluant les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, etc.

Par ailleurs, le rapport de gestion 2009-2010 du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec fait ressortir un enjeu majeur au niveau des délais d'attente de certains services, notamment l'ergothérapie et la physiothérapie. Les délais d'attente avant de recevoir les services du CLSC sont en partie responsables de la difficulté à répondre aux objectifs ministérielle en ce qui a trait à l'intensité de soins parce que l'utilisateur qui tarde à recevoir les services ne reçoit pas nécessairement la visite d'un autre service à domicile. De plus, la réadaptation de l'utilisateur est plus longue et le suivi clinique moins étroit. Il est à noter toutefois que malgré une pénurie de l'effectif infirmier qui perdure depuis quelques années, l'attente des services infirmiers est presque inexistante (Allaire, 2010). Les infirmières répondent rapidement aux demandes en modifiant l'organisation de leur travail. Par exemple, les usagers post opératoires recevant leur congé de l'hôpital sont aussitôt ajoutés aux visites du lendemain ou surlendemain afin de procéder au changement de pansement. Ces multiples changements dans l'horaire des visites à domicile sont une source d'incertitude dans l'organisation du travail infirmier qui crée une pression supplémentaire sur les infirmières.

Le développement d'un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile faisait partie des objectifs du ministère entre 2005 et 2010 afin de leur permettre de demeurer le plus longtemps possible en communauté. Dans le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, deux programmes s'attardent à la prévention des chutes : *Debout!* destiné aux 50 ans et plus et le programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D) pour les 65 ans et plus. De plus, l'implication des organismes communautaires tel que Répit gardienne accompagnement, Baluchon Alzheimer et

Premier lien Alzheimer, s'ajoute aux efforts pour soutenir les personnes âgées à domicile (Allaire, 2010). Ces organismes communautaires sont des ressources importantes pour les infirmières à domicile parce qu'en offrant un autre mode d'intervention à domicile, ils leur permettent de distancer certaines visites tout en assurant une continuité de services. De plus, les organismes communautaires sont une source d'information supplémentaire pour les personnes et leur famille.

Le Plan stratégique des cinq prochaines années (2010-2015) met de l'avant de nouveaux enjeux dont « La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services » (MSSS, 2010). Ce qui fait en sorte que l'infirmière oeuvrant à domicile, en première ligne, a la responsabilité de rediriger les usagers qui ont besoin d'un service spécialisé de deuxième ou troisième ligne. L'évaluation de l'infirmière est donc à la base d'une utilisation appropriée et efficiente des ressources. Par exemple, elle saura distinguer la nécessité de se rendre à un service d'urgence ou contacter le professionnel responsable pour obtenir un rendez-vous dans les jours qui suivent. L'évaluation de l'infirmière orientera l'utilisateur vers un service précis pour obtenir des soins selon sa condition, dans un délai raisonnable et sans mobiliser les autres ressources telles que les services d'urgence.

Tout comme le plan précédent, la population vieillissante demeure une préoccupation d'où découle un premier objectif, soit la mise en place du RSIPA avec un taux d'implantation de 55% à travers le Québec d'ici 2015. En ce qui concerne le SAD, le MSSS souhaite, dans un premier temps, définir l'offre de services selon les profils de

besoins et les milieux de vie d'ici 2012. Dans un deuxième temps, il veut augmenter de 10% le nombre d'heures de services de SAD de longue durée d'ici 2015. La volonté d'assurer le suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers tels que les personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer a été répétée dans ce nouveau plan stratégique. L'objectif fixé est d'implanter des programmes d'autogestion et de réadaptation dans 50% des territoires d'ici 2015.

Ces nouveaux objectifs obligent les dirigeants et les infirmières à repenser le travail infirmier à domicile. Les infirmières doivent agir stratégiquement pour répondre aux besoins de la population ainsi qu'améliorer l'autonomisation des usagers et leur famille. Pour y parvenir, elles devront se tourner vers de nouveau mode d'intervention et d'organisation du travail.

## **2.2 Le travail infirmier en SAD**

### *2.2.1 Le rôle de l'infirmière à domicile*

Le virage ambulatoire, la loi 90, l'avancement médical et technologique, la naissance de professions connexes aux soins infirmiers (p.ex. inhalothérapeutes, ergothérapeutes), les départs massifs à la retraite, la coexistence des infirmières auxiliaires, technicienne et cliniciennes dans un même milieu et souvent, partageant les mêmes tâches ont tous façonné le rôle des infirmières en SAD au cours des deux dernières décennies. Conscients de l'impact de la réforme de santé sur le travail des infirmières à domicile, plusieurs comités ont alors tenté de définir leur rôle en SAD: l'Association canadienne de santé publique (ACSP), l'Association des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (AIISCC), l'OIIQ (ACSP, 2010; AIISCC,

2008, 2010; Deshaies, Labrie-Gauthier, & Leprohon, 2010; OIIQ/FMOQ, 2005). Pour bien comprendre l'étendue du rôle infirmier à domicile, il faut d'abord prendre connaissance des normes de bases qui régissent la pratique infirmière en contexte communautaire soit de : promouvoir la santé, renforcer la capacité personnelle et communautaire, établir des relations, faciliter l'accès équitable aux soins de santé et faire preuve de responsabilité professionnelle (AIISCC, 2008). Selon l'AIISCC et l'AIIC, les exigences en santé communautaire et les nouvelles fonctions découlant de la loi 90 doivent être assumées par des infirmières détenant un baccalauréat. Depuis 2004, l'AIIC reconnaît les soins infirmiers en contexte communautaire comme étant une spécialité qui requiert l'obtention d'un certificat au niveau national (AIIC, 2011).

### *2.2.2 Compétences infirmières à domicile*

Étant donné le rôle élargi de l'infirmière oeuvrant à domicile, elle se doit de maintenir des compétences particulières. Au Canada, les compétences qui façonnent la pratique infirmière à domicile se résument brièvement par : l'évaluation, la surveillance et la prise de décision, la planification des soins et la coordination des soins, le maintien de la santé, la guérison et la palliation, l'enseignement et la formation, la communication, les relations, l'accès et l'équité et le renforcement de la capacité de la personne (AIISCC, 2010). Ces compétences se basent sur deux fondements des soins à domicile, soit la promotion de la santé ainsi que la prévention de la maladie et la protection de la santé.

### *2.2.3 Les tâches infirmières à domicile*

Les tâches des infirmières à domicile diffèrent à bien des égards de celles des infirmières en milieux institutionnels. D'abord, l'organisation du travail journalier doit tenir compte de la planification des déplacements pouvant être régie par des conditions

externes telles que les travaux routiers ou les conditions climatiques. Ensuite, l'infirmière doit tenir compte d'une limite de matériel pouvant être transportée, de l'itinéraire le plus optimal considérant les soins à administrer, du temps de déplacement, du moment le plus opportun pour recevoir les soins, des transports de prélèvements ainsi que des visites imprévues s'ajoutant au cours de la journée. Les tâches sont diverses et les interruptions sont fréquentes notamment par des demandes de renseignements au sujet d'un usager par d'autres professionnels, l'arrivée d'une nouvelle demande à traiter et les appels téléphoniques des usagers ou de leurs proches.

Une équipe de chercheuses s'intéressant principalement à l'impact du travail en SAD sur la santé des employés, ont dressé l'inventaire des tâches infirmières. Outre les soins directs à la personne, les chercheuses ont répertorié des tâches de suivi et coordination, de planification, d'administration et d'enseignement. Selon les observations, les visites (soins directs) sont généralement faites l'avant-midi et elles représentent environ 50 % du temps de travail en incluant le temps de voyage (Cloutier et al., 2008). Le temps dédié aux autres types d'activités est réparti ainsi : la planification (itinéraire, rendez-vous) compte pour 19 %, la coordination (appel au médecin, retour d'appel, etc.) compte pour 31 %, l'administration (rédaction des notes, références, etc.) représente 30 % et le reste du temps, soit 20 % est dédié à diverses fonctions (participation aux réunions interdisciplinaires) (Cloutier et al., 2008). Il y a plus de 10 ans, une étude sur les activités infirmières en soutien à domicile après la réforme de la santé estimait que les infirmières oeuvrant dans une région métropolitaine pouvaient faire de six à huit visites et parcourir entre 29 et 40 kilomètres par jour (David et al.,

1999). Aujourd'hui au CSSSM, le nombre de visites est aussi estimé par les dirigeants est de six à huit par infirmière par jour, soit entre 15 et 100 km par jour.

#### *2.2.4 Le partage du travail entre infirmière et infirmière auxiliaire en SAD*

Certains CSSS ont intégré des infirmières auxiliaires à l'équipe du SAD afin d'assurer une continuité de soins aux usagers. Les avantages d'une telle initiative sont d'alléger le travail technique des infirmières étant plus disposées à travailler sur les évaluations cliniques et les suivis. Cependant, le travail de collaboration entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire demande un effort de planification pour rendre le travail des deux parties efficace en respectant les connaissances et les habilités de chacune. Les infirmières oeuvrant dans les établissements qui ont fait équipe avec les infirmières auxiliaires ont dû modifier leurs tâches de façon à travailler de pairs avec elles. À ce sujet, une étude québécoise s'est intéressée aux aspects structuro-fonctionnels de la relation collaborative infirmière-infirmière auxiliaire (Huynh & Nadon, 2007). L'étude fait ressortir deux niveaux de collaboration, soit une pratique en conformité avec le rôle professionnel respectif et un équilibre respect-confiance. Par exemple, l'infirmière, qui travaille en collaboration avec une infirmière auxiliaire dans un contexte de soins de plaies, a pour tâche d'évaluer la plaie, de déterminer un plan de traitement et de l'inscrire au plan de traitement. Elle est responsable de l'issue thérapeutique. L'infirmière auxiliaire procède à la réfection du pansement selon les directives du plan de traitement et se doit d'informer l'infirmière de l'évolution de la plaie. La décision de déléguer ou non les soins selon la complexité du cas revient à l'infirmière. Les frontières qui déterminent les tâches de chacune sont influencées par le degré de confiance accordé à l'infirmière auxiliaire tout en respectant le rôle de chacune (Huynh & Nadon, 2007). En SAD, ce

degré de confiance est d'autant plus important puisque la distance qui sépare l'infirmière de l'infirmière auxiliaire fait entrave à la consultation directe. Dans ce cas, l'organisation du travail doit prévoir des conditions maximisant la confiance de l'infirmière envers sa collègue auxiliaire ainsi que des conditions facilitant le travail d'équipe à distance.

Le CSSS de Saint-Jérôme semble avoir obtenu des résultats positifs au niveau de la délivrance du service depuis l'intégration des infirmières auxiliaires. En 2004, deux infirmières auxiliaires à temps complet ont intégré l'équipe du SAD puis en 2009, elles étaient cinq. Le nombre d'usagers suivis uniquement par les infirmières auxiliaires sous la supervision de l'infirmière clinicienne assistante infirmière chef (ICAIC) est passé de 150 en 2005 à 875 en 2009 (OIIQ, 2009). De plus, le nombre d'interventions a augmenté de 6509 en 2005-2006 à 22 526 en 2008-2009. Sous la supervision de l'ICAIC, les infirmières auxiliaires s'acquittent des tâches suivantes : ponctions veineuses, injections, enseignement divers (p.ex., lors des certifications des résidences privées), installation de sondes, soins de stomies, soins de plaies de pression ne présentant aucun risque de complications et soins palliatifs (OIIQ, 2009).

#### *2.2.5 L'intensification et la diversification du travail*

Aucune donnée permettant de quantifier l'intensification du travail au cours des années qui ont suivi le virage ambulatoire n'a pu être répertoriée. Toutefois, l'augmentation de la clientèle, la diversification, la complexification des soins à administrer ainsi que la perte de main d'œuvre qualifiée reliée aux nombreux départs des infirmières à la retraite suggèrent un alourdissement des tâches infirmières. Certaines



infirmières ont rapporté être inconfortables avec la décision de prioriser une visite chez un patient en phase post opératoire au dépend d'une visite régulière chez une personne en PALV (David et al., 1999). D'un autre côté, certaines infirmières regrettent de ne pouvoir accorder assez de temps à la relation et de faire un travail très technique (Cloutier et al., 2008). Ces malaises sont toujours d'actualité puisqu'ils ont été mentionnés par l'équipe d'infirmières au SAD du CSSSM en mai 2010.

#### *2.2.6 L'organisation du travail infirmier en SAD*

L'organisation du travail a une telle importance dans la pratique en SAD que l'OIIQ y a consacré un volet dans la publication des lignes directrices sur l'exercice infirmier en SAD (Deshaies et al., 2010). D'abord, l'OIIQ précise que l'infirmière qui exerce en SAD doit posséder une expérience diversifiée parce qu'elle travaille de façon autonome. Ce faisant, l'organisation doit faire en sorte que l'infirmière qui travaille à distance de l'établissement de santé a accès en tout temps à un soutien clinique. Elle doit également pouvoir se référer à des documents à jour, notamment sur les médicaments, les méthodes de soins et les outils cliniques. De plus, le maintien des compétences doit être supporté par des conditions facilitant la formation continue pour l'ensemble des infirmières oeuvrant en SAD.

Par ailleurs, dans son travail l'infirmière doit disposer d'équipement, de matériel et des fournitures appropriées et en quantité suffisante. L'environnement de travail change continuellement dans une même journée. L'infirmière doit obtenir le matériel requis pour assurer sa sécurité, la sécurité de l'utilisateur ainsi que pour maintenir la qualité

des soins. Par exemple, le matériel d'aide à la marche ou au transfert doit être disponible dans le milieu de vie de l'utilisateur, et ce, dans un délai raisonnable.

Le volet organisationnel du document précisant les lignes directrices en SAD traite également de la continuité et de la coordination des soins (Deshaies et al., 2010). Ces deux éléments sont particulièrement importants dans un contexte où le lieu de travail est changeant et où il implique une gestion multidisciplinaire et la communication entre différents établissements. Le Plan de soins thérapeutique infirmier (PTI) prend alors tout son sens parce qu'il permet à l'infirmière de décrire les activités de soins ainsi que les intervenants impliqués. Cet outil rend la démarche infirmière compréhensible aux autres professionnels impliqués. Il permet aussi à l'infirmière remplaçante de prendre connaissance des éléments pertinents à la continuité des soins. De plus, l'infirmière, étant gestionnaire de cas, peut transmettre les directives qu'elle aura préalablement définies dans le PTI aux infirmières auxiliaires et aux auxiliaires familiales et sociales.

L'organisation du travail doit tenir compte de la responsabilité l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire (Deshaies et al., 2010). L'infirmière est responsable d'informer l'équipe soignante des éléments pertinents au suivi clinique (p.ex., les autres infirmières, le médecin traitant, le personnel auxiliaire et les autres professionnels concernés). Ce faisant, l'organisation de l'information doit permettre de résumer les indicateurs cliniques tels que la douleur, les plaies, les résultats de glycémie, les signes vitaux à l'aide d'une feuille d'enregistrement systématique. Ces indicateurs doivent pouvoir être consultés rapidement par les différents intervenants impliqués, même en

dehors des heures de bureau. Par conséquent, l'organisation de l'information doit être standardisée et compréhensible à l'ensemble des professionnels qui y auront accès. Il faut donc travailler à éviter et éliminer la duplication de l'information ainsi qu'à faciliter l'entrée des données. Par exemple, les notes infirmières par exception décrivent la condition de l'usager à l'aide d'un modèle standard, soit par réponse courte ou par la sélection d'un qualificatif décrivant la situation (p. ex., degré d'essoufflement sur échelle de 1 à 10 lors des activités quotidiennes). Ce type de documentation limite les notes infirmières à ce qui est anormal dans l'évaluation clinique, telle qu'une vision trouble. Il devient alors plus facile et rapide pour l'infirmière de documenter son travail et cela clarifie la consultation du dossier.

#### *2.2.7 Des stratégies protectrices dans l'organisation du travail au SAD*

Suite aux études des impacts de la réforme en santé sur les travailleurs en SAD, des chercheurs se sont penchés sur le développement de stratégies protectrices pour les infirmières oeuvrant à domicile. Il a été constaté que la présence de marge de manœuvre dans l'organisation individuelle du travail est déterminante dans l'application des stratégies de protection. Elle permet entre autres d'équilibrer le travail en fonction de l'âge, de l'expérience, du niveau de fatigue ou des propres problèmes de santé. Les chercheurs ont dégagé quatre grands thèmes pour discuter des marges de manœuvre que disposent les infirmières (Cloutier et al., 2006).

En premier lieu, *la possibilité d'aménager les routes* offre une flexibilité dans la gestion du temps et du niveau d'énergie. En deuxième lieu, *les mécanismes de transmission et de circulation d'information* tels que les réunions multidisciplinaires sont

un lieu de rencontre et d'échange important étant donné la dispersion géographique du travail. Elles permettent une meilleure connaissance des autres professions. En troisième lieu, *la construction d'un collectif professionnel et multiprofessionnel de travail* joue un rôle de soutien en permettant au personnel de partager des connaissances utiles à la prévention et de ventiler des situations difficiles vécues à domicile. Finalement, *l'usage d'outils de gestion et de suivi des clientèles* semble être un obstacle à la marge de manœuvre des infirmières. Les contraintes soulevées à cet égard sont d'abord en raison des contradictions suscitées lors de l'évaluation qui consiste à mesurer la condition de l'utilisateur ce qui peut conduire à le considérer comme un objet. Le fait de devoir assumer seule cette contradiction crée un stress important à l'infirmière. De plus, il a été soulevé que l'intégration des outils est rarement adaptée à la réalité de la pratique. Par exemple, l'implantation d'un logiciel de gestion des horaires utilise des normes fixes tel le temps de déplacement d'une minute par kilomètre. Ces outils font en sorte que les besoins réels du personnel sont sous-estimés, ce qui réduit la marge de manœuvre des infirmières. Plusieurs recommandations ont été faites quant à l'organisation du travail infirmier dans le but de permettre le développement de stratégies de protection. Parmi les recommandations, il a été suggéré d'assigner des équipes à des territoires fixes, de s'assurer que les infirmières continuent de préparer leur horaire elles-mêmes, d'engager une infirmière exclusivement responsable de la liaison entre le CLSC et les différents établissements ainsi que de rendre disponible les services d'un commis pour la préparation du matériel (Cloutier et al., 2006).

Les infirmières en SAD ont dû étendre leur champ de pratique au cours des deux dernières décennies pour répondre à une clientèle diversifiée. Aujourd'hui, en plus d'avoir répondues à une augmentation de la clientèle en raison du transfert des usagers vers la communauté, les infirmières à domicile doivent s'ajuster à l'accroissement de la population vieillissante nécessitant des services de SAD. Les nombreuses communications qu'exige le travail multidisciplinaire s'ajoutent au travail des infirmières parce qu'elles assistent aux réunions, répondent aux demandes provenant des établissements de santé et des autres professionnels. Le temps de travail est réparti entre plusieurs tâches cliniques, techniques et organisationnelles. Tous ces changements ont complexifié le travail de l'infirmière à domicile en plus de restreindre la marge de manœuvre dans la planification de leur travail. L'organisation du travail doit permettre à l'infirmière de s'ajuster à l'augmentation de la charge de travail en respectant ses besoins et en assurant une continuité de soins de qualité aux usagers du SAD. Pour ce faire, il est essentiel d'éliminer le gaspillage dont les gestes inutiles qui ralentissent et complexifient le travail infirmier. De plus, à ce travail de réorganisation doit s'installer une culture d'amélioration continue. Ainsi des conditions facilitant l'appropriation d'une culture d'amélioration doit être mis en place par les gestionnaires de façon à permettre aux infirmières d'organiser leur travail de façon optimale au quotidien. Étant conscients du besoin d'optimiser le travail des employés et de stimuler l'amélioration continue pour maintenir leurs services de qualité, plusieurs dirigeants d'établissements de santé se sont inspirés avec succès de la philosophie de gestion du modèle Toyota.

## 2.3 Le Modèle Toyota au cœur du changement

### 2.3.1 *L'amélioration continue en santé*

La quête de l'excellence entraîne les dirigeants vers d'inévitables processus de changement cycliques et continus. À cet effet, quelques approches de changement ont été exploitées telles que la théorie de Lewin (*unfreeze, change, refreeze*), l'approche Kotter et Schlesinger (six stratégies pour supporter le changement) ou l'approche de Cacioppe (sept facteurs pour la réussite d'un changement) (Cacioppe, 1997; Jones-Roberts, 2008; Kotter & Schlesinger, 1979; Lewin, 1951; Scott & Jaffe, 1989). La gestion du changement doit être adaptée au milieu. Une structure aussi complexe que le système de santé requiert une philosophie qui oriente la gestion des changements vers un sens commun. L'orientation que souhaite prendre le système de santé au Québec en regard au SAD est d'offrir une continuité de soins de qualité à l'ensemble de la province (MSSS, 2010). Considérant les limites humaines et financières en santé, la philosophie qu'inspire le modèle Toyota semble coïncider avec les besoins, particulièrement en SAD.

### 2.3.2 *Origines du Modèle Toyota*

L'application du modèle Toyota en santé est récente. L'un des premiers centres à appliquer le modèle en santé a été le Virginia Mason Medical Center en 2002, aux États-Unis (Womack, Byrne, Fiume, Kaplan, & Toussaint, 2005). La philosophie du Modèle Toyota a été façonnée par le génie des membres de la famille Toyoda qui se sont appliqués de façon soutenue à améliorer les produits mis en marché, tels les métiers à filer en bois, les métiers à moteur ou les automobiles. (Liker, 2009). Au début des années 80, Toyota a changé le fonctionnement de l'industrie automobile au niveau mondial. Outre le succès financier, ce sont les réussites en terme de qualité, de productivité et de

flexibilité qui retiennent l'attention. Les chaînes de production Toyota fabriquent une juste quantité de produits variés, dans un temps requis, à un coût raisonnable et à un moment où l'industrie mondiale éprouve des difficultés de production notamment la gestion des stocks de matériel non vendu ou ayant un défaut de fabrication. Un des principaux défis dans l'application des principes Toyota dans un contexte de santé est l'absence d'une chaîne de production où les étapes se suivent une à une. Le travail effectué en santé est comparable à une chaîne de production non séquencée parce que les étapes s'entremêlent et sont discontinues (Liker, 2009).

### *2.3.3 Philosophie du Modèle Toyota*

Le modèle Toyota se distingue des autres approches de par sa vision globale et systématique du processus. Deux principaux éléments composent cette vision. D'abord, le système de production Toyota (SPT) qui s'attarde à mieux satisfaire le client et à éliminer le gaspillage à différentes étapes de la production de façon à rendre processus de fabrication fluide et *Lean* (maigre). Ensuite, le Modèle Toyota mise sur les employés de façon à ce qu'ils prennent activement part à l'entreprise et qu'ils s'investissent dans des activités d'amélioration continue tel que montré au Tableau 1. La philosophie de gestion Toyota est guidée par 14 principes de base. Au cœur Du modèle Toyota, il y a le client.

Tableau 1 : Les 14 principes du Modèle Toyota (Liker, 2009)

1. Baser la prise de décisions sur une philosophie à long terme, en acceptant les conséquences financières à court terme ;
2. Créer des processus qui permettent de mettre les problèmes en évidence rapidement;
3. Éviter la surproduction ;
4. Lisser la production (uniformiser) ;
5. Intégrer à la culture la nécessité d'arrêter la production dès l'apparition d'un problème de façon à produire de la qualité du premier coup ;
6. La standardisation du travail est la base de l'amélioration continue et de l'implication des collaborateurs ;
7. Utiliser le management visuel afin qu'aucun problème ne soit caché ;
8. Ne mettre au service du personnel et des processus de production que des technologies éprouvées ;
9. Former des leaders qui connaissent parfaitement le travail et qui incarnent la philosophie ;
10. Développer des collaborateurs et des équipes de travail exceptionnels qui embrassent la philosophie de l'organisation ;
11. Respecter son réseau étendu de partenaires et de fournisseurs en les encourageant et les aidant à s'améliorer ;
12. Aller soi-même sur le terrain, pour comprendre en profondeur la situation ;
13. Prendre les décisions lentement, par consensus, en considérant toutes les options possibles. Mettre rapidement en place les solutions choisies ;
14. Devenir une organisation qui apprend à travers la réflexion et l'amélioration continue.

#### *2.3.4 Le système de production Toyota (SPT)*

##### *La chaîne de valeur*

Le SPT s'intéresse à toutes les opérations effectuées pour fabriquer un produit ou offrir un service final. Les auteurs ont nommé ce cheminement la chaîne de valeur parce que chaque étape du processus contribue à la valeur du produit/service (Liker & Meier, 2008). Lorsque l'activité de production augmente la valeur du produit/service il s'agit



d'une *activité à valeur ajoutée* (AVA). Par exemple, les activités à valeur ajoutée dans un contexte de travail infirmier en SAD peuvent être de faire un PTI, de procéder à la réfection d'un pansement ou de faire de l'enseignement sur le diabète. À l'opposé, si aucune valeur n'est ajoutée ou si l'activité est source de gaspillage, il est alors question d'une *activité sans valeur ajoutée* (ASVA). Il est à noter, que certaines activités peuvent être sans valeur ajoutée mais nécessaires à la production. Cependant, toutes ASVA nécessaires doit être examinées pour tenter de les éliminer, voir les réduire. En SAD, les déplacements sont sans valeur ajoutée mais ils sont nécessaires cependant les multiples déplacements pour apporter les prélèvements au laboratoire qui se font au cours d'une même avant-midi sont considérés comme une ASVA et pourraient être repensés de façon à réduire significativement le temps dédié au voyageant. L'analyse de la chaîne de valeur permettra dans ce cas d'optimiser les déplacements de façon à réduire l'impact de l'ASVA.

### *La cartographie*

L'analyse de la chaîne de valeur est souvent présentée sous une schématisation chronologique appelée cartographie. Elle détaille notamment les étapes en terme de temps, de personnel, de matériel et de lieu. La cartographie met en évidence les sources de gaspillage. Elle expose le flux réel de production tel que décrit par les employés et observé par une tierce personne, stimulant ainsi le travail commun dans la recherche d'amélioration continue du processus. La figure 1 illustre la cartographie qui a été fait dans le but d'optimiser les activités d'une infirmière spécialisée dans l'installation d'un cathéter central inséré par voie périphérique (Kim, Spahlinger, Kin, & Billi, 2006). Les

étapes avant d'installer le cathéter ont été énumérées en ordre chronologique sur une ligne horizontale. Pour chaque étape des données ont été recueillies telles que le temps requis «*process time*» (P/T), le temps d'attente «*wait time*» (W/T) et le taux de réussite sans défaut c'est-à-dire du premier coup «*first time quality*» (FTQ). Le temps requis total pour procéder à l'intervention est de 78 minutes, le temps d'attente entre les différentes étapes peut varier de 39 à 97 heures et le taux de réussite total où la chaîne de production du service se fait sans erreur est de 34%. Lorsque que l'infirmière réfère le cas en radiologie, une flèche est inscrite à la cartographie «*to IR queue*».

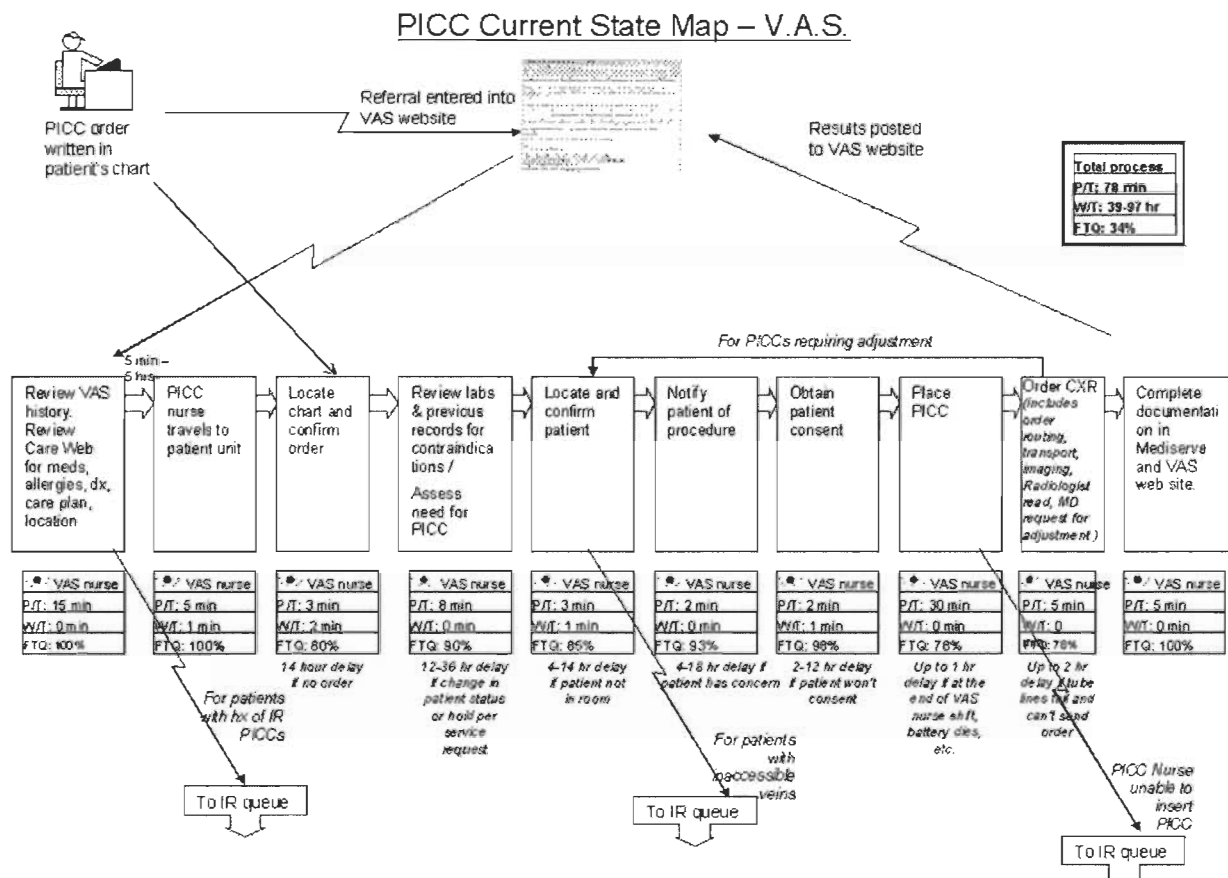


Figure 1 : Cartographie de l'installation d'un cathéter central inséré par voie périphérique (Kim et al., 2006)

### *2.3.5 Les sources de gaspillages selon le modèle Toyota*

Toyota a identifié huit sources de gaspillage susceptibles de se retrouver dans une séquence de travail : (1) surproduction, (2) attente, (3) transport ou manutention inutile, (4) usinages inutiles ou mal faits, (5) matériels excédentaires, (6) gestes inutiles, (7) créativité inexploitée, (8) défauts. En santé, les nombreuses étapes impliquées dans le cheminement d'un usager, par exemple de la salle d'urgence vers la salle opératoire, sont susceptibles d'être la source de nombreux gaspillages, d'erreurs et d'insatisfaction en plus de représenter un coût financier important.

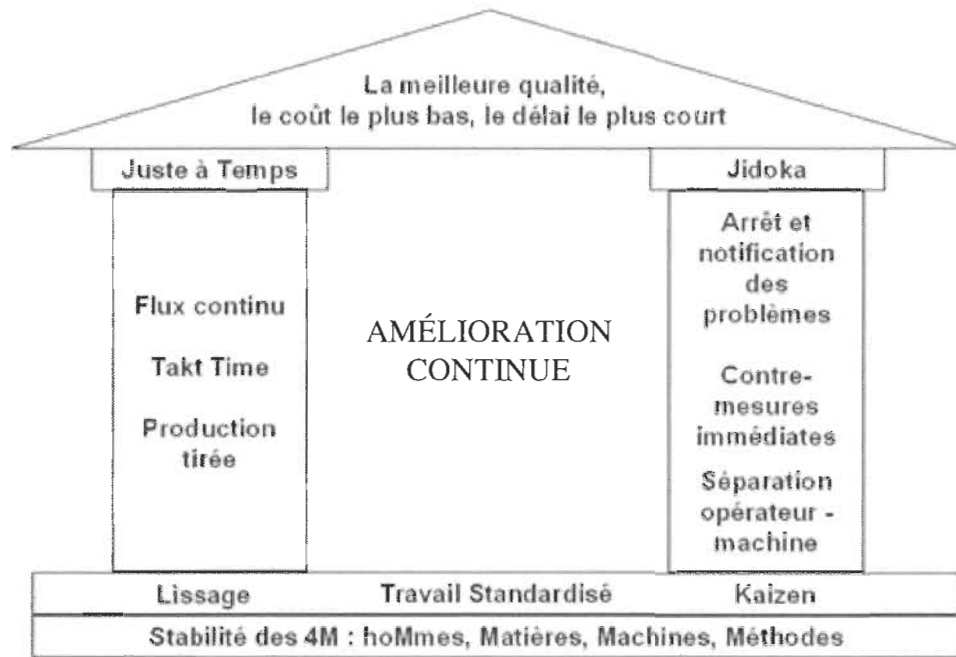
Des études portant sur l'élimination des ASVA dans le département d'urgence ainsi dans un laboratoire médical ont ciblé quelques sources de gaspillage en exemple : les triages multiples et réévaluation, les échantillons sanguins prélevés mais non requis (surproduction), la recherche de matériel telle une tige à soluté (geste inutile), l'attente de lit ou d'un consultant (attente), l'impression papier des résultats de laboratoire (manutention inutile), le déplacement de civières ou des usagers pour accommoder de nouveaux arrivants, le stockage de produits dans une pièce éloignée du laboratoire (transports inutiles), la présence d'abaisse-langues dans un tiroir en trop grande quantité, de tubes d'analyse expirés (stockage excédentaire) et l'identification erronée des analyses (défaut) (Graban & Padgett, 2008; Ng et al., 2010). Une comparaison directe peut être établie entre les types de gaspillage selon Toyota et ceux identifiés en santé (Graban & Padgett, 2008; Ng et al., 2010; Snyder & McDermott, 2009). Le tableau 2 compare ces exemples de gaspillage entre les milieux industriels, hospitaliers et en SAD.

Tableau 2 : Exemples de gaspillage en milieu industriel, en milieu hospitalier et en SAD

Type de gaspillage	En industrie	En milieu hospitalier	En SAD
Surproduction	Trop de fabrication d'automobile pour la demande.	Impression papier des résultats de laboratoire.	Ouverture de dossier pour des prélèvements ponctuels et uniques.
Attente	Attente de réparation d'une machinerie.	Attente d'un lit à l'étage lorsque qu'usager sur civière.	Attente d'une évaluation en ergothérapie.
Transport ou manutention inutiles	Transport d'un produit du secteur d'assemblage à un module de peinture.	Transfert de civières pour accommoder de nouveaux arrivants.	Transport des prélèvements sanguins entre les visites pour répondre aux normes du laboratoire.
Usinages inutiles ou mal faits	Utilisation d'un outil désuet assembler deux pièces.	Demande de test médical non requis.	Prélèvements sanguins hémolysés.
Stocks excédentaires	Commande de grande quantité de matière première pour épargner, mais espace insuffisant.	Abaisse-langue dans un tiroir en trop grande quantité limitant la place pour des compresses.	Commande excédentaire de pansements spécifiques pour traitements sous succion.
Gestes inutiles	Chercher le bon outil.	Chercher la méthode d'administration d'un médicament.	Transcription des données d'un dossier à une fiche transportable pour consultation rapide sur la route.
Créativité inexploitée	Ne pas impliquer les employés dans le développement d'un nouveau produit.	Ne pas impliquer les infirmières dans un nouveau projet (soins de plaie, soins palliatifs, gestion).	Ne pas impliquer les infirmières dans un nouveau projet (soins de plaie, soins palliatifs, gestion).
Défauts	Coupe imprécise de matériel.	Erreur d'identification des prélèvements.	Classification erronée du profil d'intervention (statistique).

### 2.3.6 Le SPT sous forme de maison

L'élimination des sources de gaspillage permet de maintenir des standards de qualité élevée en assurant la sécurité aux travailleurs et en stimulant leur motivation. Le SPT a permis de regrouper des techniques rigoureuses pour optimiser la chaîne de production. La figure 2 illustre le SPT sous forme de maison dans le but de faciliter la compréhension de ces techniques.



(Jallas, 2011)

Figure 2 : Le système de production Toyota (SPT)

Dans la représentation figurée du SPT, le centre de la maison représente le cœur de la philosophie Toyota, il s'agit de l'amélioration continue. L'amélioration de l'entreprise est directement liée au travail d'équipe, à ses employés et à l'élimination du gaspillage. Les démarches classiques analysent les AVA dans le but de potentialiser leur valeur, tandis que le modèle Toyota s'attarde à éliminer les ASVA. À titre d'exemple, l'approche classique veut réduire le temps de production en remplaçant l'opérateur par une machinerie (AVA) tandis que l'approche Lean veut plutôt réduire ou éliminer le temps associé à la recherche d'équipement (ASVA).

Le premier pilier de la maison représentant le SPT est le «Juste à temps» (JAT). Ce principe consiste à créer la bonne pièce, en bonne quantité et au bon moment. Pour ce

faire, la production repose sur des stratégies telles que le «flux continu» et la «production tirée». Le flux continu signifie que la production doit se faire successivement, sans arrêt et sans stockage de matériel (pièce à pièce). La production tirée (kauban) vise à ne pas dépasser la production requise en utilisant des mécanismes qui empêchent d'opérer l'étape 1 du processus tant que l'étape suivante n'a pas écoulé les produits fournis par l'étape 1. Lorsque l'étape 2 commence à utiliser la réserve, un signal est alors acheminé à l'étape 1 pour reprendre la production. Le «Takt Time» donne la cadence de cette production.

Le second pilier de la maison, «Jidoka», vise à maintenir la qualité en exposant les problèmes aussitôt qu'ils se posent. Ce principe est appuyé des systèmes d'arrêts automatiques qui cesseront rapidement le flux de production dès qu'une erreur est détectée. En arrêtant la chaîne de production au moment où l'erreur se pose, le système fait en sorte de limiter la reproduction du défaut et la contamination des étapes suivantes. Des pertes financières considérables peuvent être évitées. Une fois la production interrompue, tous les employés sont sollicités pour résoudre le problème parce qu'il n'y a plus d'activité de production. À cet effet, la méthode des «5 Pourquoi» est un outil de réflexion simple qui permet de s'interroger cinq fois sur la cause du défaut afin de comprendre précisément et rapidement l'origine du problème. Cette technique met en place des conditions qui facilitent la recherche de solutions par les employés. L'implication directe dans la recherche de solution peut créer un sentiment d'appartenance chez les employés et stimuler l'investissement personnel à l'amélioration continue de l'entreprise.

### 2.3.7 La méthode des 5S

La méthode des 5S est un autre exemple de technique visant à faciliter le travail des employés et à exposer les dysfonctionnements pouvant causer des erreurs. Il s'agit d'une démarche en cinq étapes cycliques et continues qui organise l'espace de façon à rendre le travail optimal. Pour faciliter l'intégration de cette méthode, les étapes ont été résumées par cinq mots japonais débutant par la lettre S (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke). Les termes équivalents en français peuvent être traduits par: supprimer l'inutile, situer les choses, faire scintiller, standardiser les règles, suivre et progresser tel qu'indiqué au tableau 3.

Tableau 3 : Méthode des 5S

<b>5S</b> <i>« Créer une unité de travail se prêtant au contrôle visuel et à la production LEAN. »</i>	
<b>Seiri</b>	Séparer les outils, les pièces et les règles nécessaires de ceux qui ne le sont pas et éliminer ces derniers.
<b>Seiton</b>	Ranger et identifier avec soin les pièces et les outils.
<b>Seiso</b>	Nettoyer.
<b>Seiketsu</b>	Procéder aux trois tâches précédentes chaque jour pour maintenir l'unité de travail dans un ordre parfait; être ordonné.
<b>Shitsuke</b>	Prendre l'habitude d'appliquer toujours les quatre premiers S; être rigoureux.

(Liker & Meier, 2008)

L'élimination des éléments inutiles de l'environnement (Seiri) augmente l'espace disponible pour travailler seul ou en équipe en plus de rendre les lieux plus sécuritaires. Le repérage visuel du matériel non encombré est plus rapide ce qui permet d'économiser du temps. L'application du 5S est cyclique ce qui entraîne une révision quotidienne du matériel et a l'avantage d'identifier les produits qui ont une date d'échéance prochaine ou qui sont désuets afin de les utiliser rapidement ou de s'en procurer de nouveau. Ensuite,

en situant les choses, il est possible de réduire la distance entre le matériel. Par exemple, il sera pratique de regrouper tous les produits nécessaires à la réfaction d'un pansement pour faciliter la préparation de la technique. Situer les choses signifie également nommer les produits pour que tous s'entendent sur une même appellation et rendre les communications optimales. De plus, les personnes non familières avec le rangement ou le matériel pourront s'y retrouver facilement. Le troisième S qui consiste à faire scintiller l'environnement, peut contribuer à maintenir des standards de qualité en incitant les employés à travailler proprement. Dans certain milieu, la poussière peut être un contaminant important et nuire à la qualité des produits tels que la peinture. Il sera également nettement plus agréable de travailler dans un milieu propre.

Les employés pourront maintenir l'environnement de travail exempt de produit inutile, classé selon les besoins du milieu et propre en standardisant les règles de rangement. Par exemple, il est possible d'instaurer un code de couleur pour remettre rapidement les outils utilisés au même endroit. De plus, des moments prévus au quotidien peuvent être planifiés pour reprendre les trois premiers S. La méthode des cinq S est souvent appliquée comme point de départ dans les entreprises qui souhaitent adopter une culture Lean parce qu'elle permet des résultats rapides et concrets (Hohmann, 2009). Cette démarche ouvre les portes à l'amélioration continue et permet d'impliquer activement les employés qui y trouvent une satisfaction personnelle à travailler dans un environnement fonctionnel.



### *2.3.8 L'application du modèle Toyota en santé*

#### *Amélioration de la sécurité*

La philosophie LEAN a été introduite au Virginia Mason Medical Center (VMMC) en 2002. Les gestionnaires ont alors tenté d'appliquer le principe «Jidoka» pour exposer rapidement les situations potentiellement dangereuses pour les usagers. Leur méthode consistait à demander aux employés de l'arrêter immédiatement l'activité en cours lorsqu'ils s'apercevaient d'une erreur et de rédiger un rapport qui devait être étudié dans les 24 heures suivant son émission. L'analyse des rapports a suscité des mesures de prévention des chutes. Entre 2006 et 2009, le nombre de chutes est passé de 3,33 chutes pour 1000 usagers à 2,48. Les usagers à risques ont bénéficié d'une évaluation et d'une surveillance plus étroite. Dans cette même initiative, la mise en place d'une équipe d'infirmières spécialisées dans la surveillance des plaies ainsi que la formation sur les plaies a réduit l'incidence des escarres de décubitus de 8% à 2%. Cette surveillance a permis d'éviter à 838 usagers à risques de développer une escarre de décubitus due à une mobilité réduite. Ce faisant le VMMC a amélioré la qualité des soins et a fait des économies financières significatives considérant qu'aux États-Unis, les coûts associés aux traitements des escarres de décubitus s'élèvent à 11 milliards de dollars chaque année (VMMC, 2010).

Le chevauchement de différents départements et professionnels dans le processus de soins à l'utilisateur entraîne fréquemment des erreurs, celles-ci peuvent être graves lorsqu'elles impliquent l'administration des médicaments. Un hôpital américain en Illinois a rapporté que 43% des erreurs sont liées à de mauvaises transcriptions. En éliminant des documents inutiles, en réduisant les interruptions lors du travail en

pharmacie et en standardisant l'administration des médicaments, l'établissement a réduit de 90% les erreurs de médication (Benitez, Forrester, Hurst, & Turpin, 2007).

### *Utilisation efficiente des ressources*

Plusieurs exemples d'utilisation efficiente des ressources suite à des transformations Lean sont énoncés dans la littérature. La réduction des délais d'attente avant d'être vu par un professionnel, d'être transféré dans un autre service ou d'obtenir des résultats de test fait souvent l'objet d'une amélioration significative (Al-Araidah, Momani, Khasawneh, & Momani, 2010; Graban & Padgett, 2008; Melanson et al., 2009; Ng et al., 2010; Snyder & McDermott, 2009). Les principes Lean ont été appliqués à l'hôpital Hôtel-Dieu Grace en Ontario pour réduire les délais d'attente au département d'urgence. La durée d'attente moyenne des patients à l'urgence est passée de 111 minutes à 78 minutes. La durée du séjour pour les usagers non-admis est passée de 3,6 heures à 2,8 heures (Ng et al., 2010). L'intégration d'un laboratoire de chimiothérapie dans le bâtiment de l'Institut de cancérologie au VMMC a diminué les allées et venues des usagers recevant des soins. Les usagers qui requièrent des soins dans l'établissement n'avaient plus à se rendre dans un autre établissement pour recevoir les traitements de chimiothérapie ce qui a réduit de 500 pieds la distance à parcourir. La durée de visite a alors passé de dix heures à deux heures pour chaque usager (VMMC, 2010).

Dans un hôpital rural aux États-Unis les délais entre la décision d'admettre un usager de l'urgence et l'obtention d'une chambre étaient une source de dysfonctionnement importante. En cartographiant le processus d'admission, en

mobilisant toutes les ressources nécessaires à l'admission, incluant les préposés à la maintenance, l'attente a été réduite de 230 minutes à 68 minutes (Snyder & McDermott, 2009).

L'attente des résultats d'analyse en laboratoire freine souvent le processus de soins. Après avoir analysé les processus de travail dans le laboratoire médical, le Riverside Médical Center (RMC) a regroupé le travail individuel en travail d'équipe. Les changements apportés ont réduit de 50% la distance que les échantillons parcouraient. Ceci a permis de dégager un espace de 228 pieds carrés pour l'élargissement du laboratoire de microbiologie. Après cette réorganisation, le laboratoire réussissait à faire parvenir 90% des bilans du matin avant sept heures comparativement à un taux de 65% auparavant. Les professionnels de la santé procédant à l'évaluation en début de journée pouvaient donc répondre plus rapidement au besoin notamment en procédant à l'ajustement de la médication, en modifiant le plan de traitement ou en investiguant davantage. De plus, les chercheurs ont noté une diminution du délai moyen de 54 minutes à 34 minutes avant l'obtention des résultats de troponine, un marqueur sanguin permettant de déceler une souffrance cardiaque (Grabau & Padgett, 2008). Lorsqu'il est question d'un dommage au muscle cardiaque, le temps qui s'écoule avant d'entreprendre un traitement détermine l'étendue des séquelles. En obtenant les résultats plus rapidement, il est possible de limiter les conséquences néfastes telles que le développement d'une insuffisance cardiaque chronique.

Dans le modèle Toyota l'utilisation des bons outils au bon moment est un principe primordial pour créer un flux continu dans la chaîne de valeur. Des chercheurs de l'Université du Michigan ont tenté de réduire le temps d'installation des cathéters veineux centraux introduits par voie périphérique (PICC line) (Kim et al., 2006). En cartographiant la chaîne de valeur, ils ont constaté que plusieurs ASVA ralentissaient le processus et monopolisaient l'expertise infirmière, tel que la révision du dossier ou la recherche d'un patient absent. En déléguant certaines tâches, les infirmières ont atteint un taux d'installation en moins de 24 heures pour 90% à 95% des patients en comparaison à un taux qui variait entre 50% à 70% quelques mois auparavant (Kim et al., 2006). Les usagers avaient donc un accès veineux central plus rapidement ce qui facilite notamment l'administration des médicaments parce que la veine utilisée supporte un plus grand débit de liquide que les cathéter veineux usuels. De plus, il permet d'administrer des médicaments non compatibles parce que l'extrémité est divisée en plus d'une voie. De ce fait, les infirmières oeuvrant sur les étages avaient plus de temps pour d'autres tâches car l'administration des médicaments était plus simple et elles n'avaient pas à installer de multiples voies veineuses. De plus, lorsque l'installation s'avérait difficile, les infirmières spécialisées consultaient d'abord des collègues plus d'expérimentées avant de référer l'usager en radiologie. L'élimination de certaines ASVA dans l'installation des cathéters veineux centraux a également permis de réduire la demande des services en radiologies qui étaient déjà sollicités.

Une autre application du Lean en santé a fait l'objet d'une étude dans un hôpital où les dossiers avaient été récemment informatisés et où des chercheurs ont tenté

d'optimiser la documentation. Il a été noté que le délai moyen d'inscription des signes vitaux dans le système était de 538 minutes. La cartographie du processus d'inscription des signes vitaux a montré que les interruptions fréquentes, la distance à parcourir, la pesanteur des chariots avec les ordinateurs, les ordinateurs non chargés et les retranscriptions retardaient l'inscription des informations au dossier. En allégeant les ordinateurs, en désignant des postes d'alimentation ainsi qu'en sensibilisant le personnel, le temps d'inscription des signes vitaux a diminué significativement, soit un délai inférieur à 30 minutes (Snyder & McDermott, 2009).

#### *Amélioration de la qualité*

En éliminant les activités sans valeur ajoutée dans le travail infirmier, le VMMC a vu augmenter de 35% à 90% le temps où l'infirmière prodiguait des soins directs aux patients. Dans ce même établissement, un projet visant à prévenir les pneumonies avec ventilation assistée dans une unité de soins intensifs a permis de réduire de 34 cas déclarés en 2002 à 4 cas en 2004 (Womack et al., 2005). Cette condition de santé requiert plusieurs soins, tels que l'administration d'antibiotiques, le risque d'allonger le séjour hospitalier et même d'entraîner la mort. Le projet a été conçu par une équipe de professionnels qui a cerné les activités de prévention tel le changement de position, et les ont regroupé dans un outil de travail à l'usage du personnel soignant. L'outil a été conçu pour demeurer au chevet du patient de façon à servir de rappel visuel et faciliter son intégration dans le travail infirmier. L'usage de l'outil a permis d'améliorer la qualité des soins en prévenant le développement de pneumonie due à l'immobilité des voies respiratoires.

Des chercheurs français ont appliqué la méthode des 5S dans un établissement responsable des préparations de produits sanguins. L'augmentation de 10% des demandes en produits sanguins au cours des deux années précédant la réorganisation a motivé les gestionnaires à optimiser l'environnement de travail de façon à accueillir plus de demandes ainsi qu'à améliorer la qualité notamment en regard à la réduction des pathogènes (Bertholey et al., 2009). D'abord, la restructuration des locaux et des activités a permis de diminuer le temps d'attente entre les étapes et de prévoir des zones de stockage répondant à des températures adéquates à la conservation des produits sanguins et d'éviter la propagation de pathogènes dans les produits sanguins. Dans un deuxième temps, le 5S a donné lieu au développement d'un système de classement (documents papier, dossiers, etc.) et une organisation de mise à jour régulière pour chaque équipe. L'ergonomie des postes de travail a été révisée par deux employés donnant lieu à un espace de travail plus aisé et une réduction de la distance à parcourir.

#### *Amélioration de la satisfaction*

Aux États-Unis, deux hôpitaux ont procédé à des réorganisations selon les principes Lean et ont choisi de mesurer la satisfaction des employés et de la clientèle (Jacobsen, 2008a, 2008b). Bien que la satisfaction ne soit pas gage de qualité, elle est en accord avec la philosophie Toyota qui porte une importance capitale au bien-être et à la motivation de ses employés ainsi qu'au contentement des clients. Dans le modèle de Toyota, on reconnaît avant tout que l'amélioration continue est possible grâce aux individus (Liker, 2009).

Une étude menée pour améliorer l'organisation du travail dans un service de phlébotomie a révélé que les espaces limités, la gestion des files d'attente et la répartition de la charge de travail dans la journée causaient du stress aux employés en milieu de travail. La cartographie d'une journée de travail a permis de déceler des causes possibles à ces frustrations tel qu'une demande de service accrue en matinée. L'application des principes Lean a entraîné des changements tels que l'ajustement du nombre d'employés en fonction des périodes d'achalandage, le devancement de l'heure d'ouverture de 30 minutes, le décalage de la pause de l'avant-midi en après-midi et la centralisation des prélèvements en un lieu. Cinq mois après les changements, 85% de la clientèle jugeait le temps d'attente «très bon» ou «excellent» versus 44% avant l'implantation Lean (Melanson et al., 2009).

Les principes de production industriels du modèle Toyota ont été appliqués avec succès aux activités prenant place dans plusieurs établissements de santé. Cependant, aucune étude n'a été faite dans un milieu offrant des services de santé à domicile. L'organisation du travail dans ce contexte présente un défi parce que les activités sont dispersées dans une distance pouvant aller jusqu'à 50 km. Bien qu'aucune étude n'ait eu lieu en SAD, plusieurs sources de gaspillage sont similaires. Par exemple, si la réduction du nombre de pas à effectuer peut réduire l'attente dans un établissement de santé, la diminution du nombre de kilomètres à parcourir en SAD est prometteuse. De même que si la délégation de tâches sans valeur ajoutées peut permettre aux infirmières de répondre plus rapidement aux besoins cliniques, la diminution du travail cléricale en SAD peut augmenter le temps dédié aux soins directs auprès les usagers.

## **CHAPITRE III**

### **MÉTHODOLOGIE**



Au printemps 2010, le service de SAD du CSSSM avait pour objectif de réorganiser le travail des infirmières qui offrent des services au SAD. Plus précisément, la réorganisation visait la révision des processus cliniques et administratifs. À cet effet, une étudiante du Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche et d'Intervention dans les Services de Santé (LIRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) s'est intéressée à faire une étude sur l'application des principes du modèle Toyota dans la réorganisation du travail infirmier en SAD. Dès lors, il y a eu une collaboration entre le CSSSM et la chercheuse de l'UQTR pour procéder une collecte de données sur le travail infirmier.

### **3.1 Cadre de référence, devis de recherche et déroulement de l'étude**

Le modèle Toyota offre un cadre de référence qui répond bien aux objectifs de cette étude parce qu'il accorde une importance particulière à l'organisation du travail et à la participation active des employés. Par ailleurs, il a été choisi de procéder à une recherche-action parce que ce type d'étude analyse les données à partir de l'intérieur du système et fait en sorte que les actions sont directement orientées vers le terrain (Valcarcel-Craig, 2009). L'avantage d'une recherche-action dans cet établissement est de répondre à des besoins réels dans un temps réel. Dans ce contexte, il y a un partage de connaissances théoriques et pratiques entre le chercheur et le milieu ce qui facilite la compréhension des processus cliniques et des cheminements administratifs. Les résultats de la première collecte de données ont conduit à une restructuration directe du travail infirmier. Les interactions avec l'équipe sur le terrain ont permis d'ajuster la réorganisation du travail puisque l'intervention fait partie d'un cheminement

d'amélioration continue. C'est donc en travaillant de pair avec les employés et les gestionnaires que l'étude a permis de décrire le fonctionnement des soins infirmiers au SAD, trouver des pistes d'amélioration, instaurer un changement et en évaluer les impacts. De plus, dans la recherche-action il a été possible de démontrer en temps réel l'applicabilité de certains principes du modèle Toyota au SAD.

Une première rencontre avec les gestionnaires du CSSSM a eu lieu en mai 2010. Lors de cette rencontre, les éléments à optimiser dans l'organisation relative au travail infirmier au SAD ont été identifiés. Il a été convenu de faire une première collecte de données à l'été 2010 où ont été mesurés des indicateurs déterminés en fonction des entrevues avec les gestionnaires et les infirmière du SAD au CSSSM ainsi que par l'observation directe du milieu pendant le projet. Les indicateurs du fonctionnement retenus à ce moment ont été divisés en trois catégories dans le tableau 4, soit le portrait de la clientèle, le portrait de l'organisation et les différents processus cliniques et administratifs.

Tableau 4 : Liste des indicateurs mesurés à la première collecte de données

<b>1. Portrait de la clientèle au CSSSM</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Division sectorielle du territoire</li> <li>▪ Nombre de résidences pour personnes âgées selon la municipalité</li> <li>▪ Nombre d'utilisateurs</li> <li>▪ Nombre d'interventions</li> <li>▪ Profils d'intervention</li> <li>▪ Durée moyenne d'intervention</li> <li>▪ Demandes et cessations de services</li> <li>▪ Type de demandes de services normalisées</li> <li>▪ Nombre d'utilisateurs vus en interdisciplinarité à l'ouverture du dossier</li> <li>▪ Nombre dossiers classés actifs et inactifs</li> </ul>
<b>2. Portrait de l'organisation du SAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Répartition des postes</li> <li>▪ Répartition des heures de travail infirmier</li> <li>▪ Nombre d'heures supplémentaires</li> <li>▪ Nombre de rappels</li> <li>▪ Kilométrage</li> </ul>
<b>3. Processus cliniques administratifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cheminement initial des demandes de SAD</li> <li>▪ Planification des visites</li> <li>▪ Fermeture de dossier</li> </ul>

Suite à la première collecte de données, il a été prévu de présenter un rapport au personnel du CSSSM ainsi qu'au personnel cadre pour mettre en lumière certains points à améliorer et discuter des pistes de changements en s'inspirant des principes du modèle Toyota. Suite à quoi, l'équipe a initié les changements décidés en groupe. En mars 2011, une relance a été faite dans le but d'évaluer les changements mis en place. La période de mai à juillet a permis de soutenir l'équipe dans la réorganisation et d'en faire le suivi. Finalement, une seconde collecte de données s'est déroulée en octobre 2011 pour faire état des changements survenus et d'évaluer la progression dans l'organisation du travail infirmier au SAD. La planification des activités est résumée au tableau 5.

Tableau 5 : Planification des activités

Activités	Dates
Lancement de projet : Rencontre avec les gestionnaires du CSSSM	Mai 2010
Rencontre de l'équipe infirmière et des infirmières en relation avec le SAD (bureau des salaires, archiviste, agente administrative)	Juin 2010
Première collecte de données : Observation, entrevues informelles, cartographie des processus de travail, données I-CLSC (rétroactives), données provenant du bureau des salaires (kilométrage, temps supplémentaires, nombre de rappel)	Juin à Juillet 2010
Compilation, analyse des données et élaboration d'un rapport préliminaire	Août 2010
Présentation du rapport et discussion avec les gestionnaires du CSSSM	Septembre 2010
Présentation du rapport et discussion avec l'équipe infirmière du SAD	Décembre 2010
Relance quant aux pistes d'amélioration et aux changements mis en place	Mars 2011
Soutien selon les besoins de réorganisation dans le milieu et mise en place de l'intervention de réorganisation	Mai et juin 2011
Suivi de la réorganisation	Juillet 2011
Seconde collecte de données (selon changements survenus)	Octobre 2011
Rédaction d'un rapport final et présentation	Décembre 2011

Rappelons que le CSSS fait partie des huit centres associés à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Maurice et du Centre-du-Québec. Le vaste territoire géographique desservi par le CSSSM (Annexe 3) comprend les municipalités de Louiseville, Maskinongé, Saint-Justin, Sainte-Ursule et Saint-Édouard-de-Maskinongé, Saint-Léon-Le-Grand, Saint-Paulin, Saint-Alexis-Des-Monts, Sainte-Angèle-De-Prémont, Yamachiche, Saint-Barnabé, Saint-Sévère. Les principaux usagers de SAD sont les personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que les personnes nécessitant des soins

post opératoires. Le CSSSM possède quatre établissements, le Centre Comtois à Louiseville où se situent l'ensemble des services de SAD et les services administratifs ensuite, à moins d'un kilomètre se trouve le Centre de services Avellin-Dalcourt où sont offerts, notamment les services de laboratoire et d'urgence, finalement deux points de services à Saint-Alexis-Des-Monts et à Saint-Paulin permettent de rejoindre la population éloignée.

### **3.2 Échantillonnage**

L'échantillon est de convenance et implique les infirmières oeuvrant dans le secteur des soins infirmiers au SAD du CSSSM. Lors du lancement de projet en mai 2010 cette équipe était constituée de sept titulaires de poste d'infirmière à temps plein, une titulaire de poste d'infirmière à temps partiel (16h/semaine), une titulaire du poste d'assistante-supérieure immédiate (ASI) à temps plein et une agente administrative à temps partiel. Seules les données concernant en lien avec le travail infirmier ont été retenues parce que c'est le poste étudié dans cette étude.

### **3.3 Définitions opérationnelles**

*Usagers recevant des soins à domicile.* En raison d'une hausse des demandes de soins à domicile, les personnes admissibles aux soins doivent d'abord répondre à certains critères établis par le CSSSM (CSSSM, 2008). Les services sont réservés aux usagers qui ne peuvent se rendre à un point de services pour recevoir les soins tels que les personnes en perte d'autonomie, à mobilité très réduite de façon temporaire ou permanente, souffrant d'une maladie chronique en phase aiguë, souffrant d'une maladie en phase terminale et les personnes venant de subir une intervention chirurgicale qui ne peuvent pas se déplacer. D'ordre général, toute personne en mesure de se déplacer à l'extérieur de la

maison pour effectuer ses activités (p. ex., magasinage, sorties sociales, etc.) n'est pas admissible au soins à domicile. Toutefois, certaines interventions telles que l'enseignement des soins de stomie est volontairement fait dans le milieu de vie de l'utilisateur pour assurer la continuité des soins par l'utilisateur et sa famille ainsi que leur adaptation à la nouvelle condition de santé.

*Activité à valeur ajoutée (AVA).* Les activités qui contribuent à la valeur du produit ou du service final(Liker & Meier, 2008). Les activités pouvant ajouter de la valeur au service de santé sont par exemple, les soins directs prodigués à l'utilisateur.

*Activités sans valeur ajoutée (ASVA).* Les activités, qui n'ajoutent pas de valeur au produit ou service finale sont qualifiées de sans valeur ajoutée. Certaines ASVA sont une source importante de gaspillage. Dans la philosophie Lean, plusieurs efforts sont concentrés à éliminer les sources de gaspillage, dont les ASVA. En santé, les ASVA sont notamment reliées à la duplication de l'information et à des distances à parcourir. Certaines de ces activités sont toutefois nécessaire à la production d'un produit ou d'un service et doivent être repensées de façon à limiter le gaspillage. (Liker, 2009). L'ouverture de dossier (p.ex., photocopie, identification et autres tâches cléricales) lorsque effectuée par une infirmière est un exemple d'ASVA parce qu'elle ne contribue par la valeur du service offert à l'utilisateur. Elles sont nécessaires et ne peuvent être éliminées, toutefois elles peuvent être déléguées à un professionnel non infirmier.

*Amélioration continue.* Un changement qui permet la progression soutenue d'une activité, pour créer davantage de valeur en réduisant le gaspillage. L'amélioration continue est également appelée amélioration des processus ou kaizen (Liker & Meier, 2008).

*Cartographie du processus.* Cet outil permet une analyse en profondeur des étapes d'un processus, et ce, en collaboration avec les employés, de façon à déceler les éléments sans valeur ajoutée propre au milieu. La schématisation du processus facilite la compréhension car elle fournit un appui visuel.

*Profil d'intervention.* Le MSSS a développé une classification des services offerts dans les CLSC à travers la province permettant ainsi le suivi de la clientèle. Les profils d'interventions associés au SAD sont : perte d'autonomie liée au vieillissement, santé physique en phase post opératoire, soins palliatifs, santé physique à court terme, services liés à une déficience physique ou intellectuelle et services de santé mentale aux personnes présentant des troubles de santé mentale (MSSS, 2009).

### **3.4 Instruments de mesure**

Les données concernant la clientèle et l'organisation ont été obtenues à partir de la base de données I-CLSC. Les indicateurs tels que le nombre d'utilisateurs en fonction du profil d'intervention peuvent être retracés par l'archiviste du CSSSM en questionnant le générateur de rapports *Impromptu*. La chercheuse n'a pas pu avoir un accès direct au système informatique. Les données ont ensuite été compilées, analysées puis présentées à l'équipe du SAD. D'autres données pertinentes ont été recueillies au service des salaires telles que le kilométrage parcouru par chaque infirmière (comptabilisé par les infirmières

à des fins de remboursement), le nombre d'heures supplémentaires, le nombre de rappels, etc. Ces données ont été obtenues de façon rétroactive pour l'année 2009 à 2010, selon les statistiques les plus récentes. L'observation directe et les entrevues informelles avaient pour objectif de comprendre et de cartographier les processus cliniques et administratifs et identifier les ASVA ainsi que les sources de gaspillage.

### **3.5 Biais méthodologiques et validité**

La validité interne de ce projet a pu être compromise par la méthode d'échantillonnage puisque les participants étant présents en trop petit nombre n'ont pas été choisis aléatoirement. De plus, le CSSSM figure parmi les établissements de santé de petites tailles, il doit donc être comparé avec les milieux de même envergure. La généralisation avec des grands centres n'est pas possible. Cependant, les données provenant de I-CLSC et du bureau des salaires peuvent être recueillies de la même façon à travers la province. Par ailleurs, le biais qui découle de la fluctuation des instruments de mesure peut être induit par les différentes personnes qui ont questionné la base de données I-CLSC. La fluctuation de l'entrée des données statistiques selon les infirmières est un élément dont il faut tenir compte mais qui permet tout de même un portrait intéressant des clientèles desservies sur le territoire du CSSSM. Pour contrer en partie ce biais, la chercheuse a transmis l'importance d'obtenir les données avec les mêmes méthodes de questionnement des systèmes informatiques. À cet effet, l'archiviste a conservé les mots-clés et les détails des recherches dans un fichier informatisé pour la seconde collecte de données. Il en est de même que pour le bureau des salaires. Les données provenant de l'assistante supérieur immédiate sont moins sujettes à ce biais parce qu'elles sont relevées et classées par la même personne.



La validité externe risque d'avoir été influencée par les présomptions positives de la chercheuse face à l'application des principes du modèle Toyota. De plus, le biais de désirabilité chez les participants qui peut avoir influencer leur méthode de travail pendant les collectes de données. La période de la collecte de données s'étendant sur 30 à 45 jours peut avoir atténué cet effet en créant une habitude. De plus, il faut tenir compte de la réorganisation majeure au cours des cinq dernières années car elle a pu influencé la mobilisation du personnel face à un autre changement. Finalement, les données obtenues par observation risquent d'avoir introduit un biais en raison de son aspect subjectif. Ce biais peut être atténué en validant les observations auprès des employés.

### **3.6 Considérations éthiques**

L'étude ne comportait pas de risque psychologique ou physique pour les personnes impliquées. La participation à l'étude a été faite de façon volontaire. Le travail a été observé uniquement si la personne avait signé le consentement écrit et dans les moments où elle a accepté d'être observée. Les données analysées ne portaient pas préjudices à quiconque et ne pouvaient être associées à une personne. La chercheuse a fixé des périodes où elle pouvait être sur les lieux avec les responsables du CSSSM. Les documents renfermant des informations sur les employés tel que les salaires, temps supplémentaires, remboursement des frais de déplacement, ont été transférés dans un document Excel en retirant toute données pouvant être associées à une personne. Les données relatives aux clients du SAD sont générales et ne contiennent aucun nom, adresse, numéro de dossier ou diagnostic. Les données recueillies seront conservées sous clé dans un endroit sécuritaire à l'UQTR auquel seulement les membres de l'équipe de

recherche auront accès. Elles seront détruites un an après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **3.7 Avantages et limites de la recherche**

Dans un premier temps, le compte-rendu des collectes de données avait l'avantage d'exposer des faits quantifiables et observables de façon à mettre en lumière les pistes d'amélioration. La première collecte de données était très générale, elle avait pour objectif d'explorer, de comprendre le fonctionnement du milieu et de suggérer des pistes d'amélioration. La seconde collecte a rendu compte uniquement des données relatives aux changements qui ont eu lieu, ce qui a pu constituer une limite à l'étude. La décision d'appliquer ou non les changements relevait des administrateurs du CSSSM. La seconde collecte de données dépendait de la décision du CSSSM quant aux actions à entreprendre.

Dans un deuxième temps, l'application partielle des principes du modèle Toyota peut constituer une limite car les écrits s'entendent pour dire que le modèle Toyota doit être appliqué dans une philosophie globale. Il est moins profitable d'utiliser séparément l'une ou l'autre de ses techniques (Liker, 2009). Il est donc fortement suggéré d'instaurer la philosophie Toyota à tous les niveaux de l'organisation. Or, la présente étude ne permettait pas un changement d'une telle envergure. D'une part, le projet s'intéressait uniquement au fonctionnement des soins infirmiers du SAD. D'autre part, un changement de philosophie peut s'avérer complexe, long et solliciter l'appui de plusieurs services. De plus, le CSSSM a déjà procédé à un remaniement majeur au cours des cinq dernières années dans le cadre du «Projet contingent de l'organisation du travail» (CSSSM, 2008).

### **3.8 Plan de l'analyse des données**

L'usage de moyennes et de pourcentages a guidé l'analyse des données statistiques provenant de I-CLSC, du bureau des salaires, et des données mesurées pendant la collecte de données. Les comparaisons entre les secteurs géographiques du CSSSM, entre les périodes de l'année et entre les usagers ont été illustrées sous forme de graphiques. Finalement, la schématisation par la cartographie a permis de comprendre et de faire état de certains processus administratifs influençant l'organisation du travail.

### **3.9 Retombées attendues**

Ce projet s'inscrit dans une volonté ministérielle d'optimiser le processus de travail en santé selon des principes du modèle Toyota (AQESSS, 2011). Cette étude a permis de voir l'applicabilité du Lean dans l'organisation du SAD dans le but d'optimiser le travail infirmier. Dans un premier temps, l'application du Lean devrait réduire ou éliminer les sources de gaspillage dans le travail infirmier de façon à augmenter substantiellement le temps dédié aux soins directs ou aux travaux cliniques permettant de soutenir les usagers à domicile. Parallèlement, la réorganisation du travail infirmier selon Lean vise une amélioration de la satisfaction des infirmières vis-à-vis leur travail. Une satisfaction se traduisant notamment par : une plus grande latitude dans l'organisation du travail, l'appui d'outils ou de services permettant d'effectuer leur travail de façon efficace et l'investissement personnel et professionnel dans des projets d'amélioration. De plus, il est souhaitable que la coopération entre les employés et les chercheurs dans le cadre d'une recherche-action puisse favoriser la pérennité de la réorganisation. Dans un deuxième temps, il est souhaitable que l'étude inspire d'autres projets d'optimisation, de façon à éliminer les ASVA et rendre le travail infirmier plus fluide.

**CHAPITRE IV**  
**PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

L'étude s'est échelonnée sur une période de 18 mois soit, de mai 2010 à octobre 2011. Les données relatives à la clientèle ont été mesurées de façon rétroactive et réfèrent à la période allant du 23 mai 2009 au 22 mai 2010 pour la première prise de données puis du 23 mai 2010 au 10 septembre 2011 pour la seconde prise de données. La première collecte de données a permis d'explorer et de comprendre le fonctionnement du travail infirmier au SAD. La seconde collecte de données avait pour objectif de reprendre des données spécifiques aux changements qui ont pris place de mars à septembre 2011 : la délégation de tâches cléricales de l'ASI à l'agente administrative, l'ouverture de trois postes de rehaussement dans l'équipe d'infirmières, la conscientisation des infirmières à l'entrée des données statistiques, la réorganisation du matériel et l'intégration non planifiée de deux infirmières auxiliaires pendant la période estivale. Le calendrier des événements qui ont eu lieu au cours de l'étude est illustré à la figure 3.

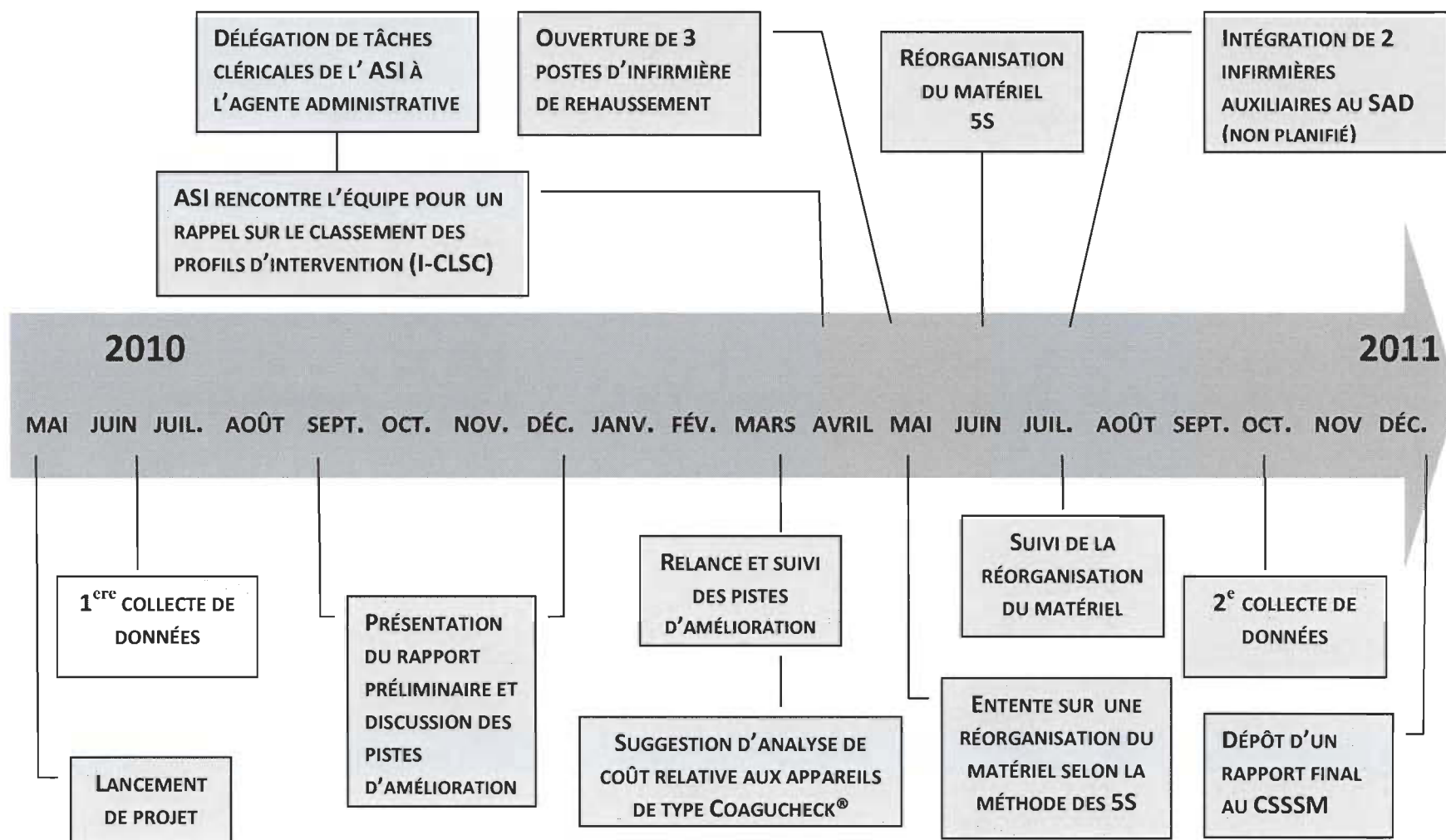


Figure 3 : Calendrier des évènements

À toutes fins pratiques, la présentation des résultats de la première collecte de données est divisée en trois parties soit, le portrait de la clientèle, le portrait de l'organisation du SAD et la cartographie des processus cliniques et administratifs. Les données recueillies sont : le nombre d'utilisateur, le nombre d'intervention, la durée moyenne d'intervention par profil d'intervention, la répartition des heures de travail infirmier, le nombre de rappels et d'heures supplémentaires, la distance parcourue par l'ensemble des infirmières SAD ainsi que l'organisation du matériel. Suite à quoi, sont décrits les constats et les pistes d'amélioration qui ont été présentés au CSSSM au sujet de 1) la stabilité de l'équipe, 2) du rôle, des tâches et fonctions des intervenants, 3) de la standardisation de la planification des visites, 4) du transport des prélèvements sanguins, 5) des ressources informatiques, 6) du poste d'assistante supérieure immédiate, 7) du poste d'adjointe administrative, 8) de la réserve et l'utilité propre et 9) des suivis des usagers. Finalement, les changements survenus en regard à l'organisation du matériel, à la délégation de tâches cléricales et aux ressources infirmières sont expliqués et seul les éléments ayant fait l'objet d'une seconde prise de données sont traités.

### **Première collecte de données (juin et juillet 2010)**

#### **4.1 Portrait de la clientèle au CSSSM**

##### *4.1.1 Division sectorielle du territoire*

Le territoire desservi par l'équipe de soins infirmiers en SAD est divisé en quatre secteurs (Annexe A). Le secteur 1 comprend les municipalités de Maskinongé, Saint-Justin, Sainte-Ursule et Saint-Édouard-de-Maskinongé. Le secteur 2 regroupe les municipalités de Louiseville, Saint-Léon-Le-Grand et une partie de Saint-Paulin. Le secteur 3 est formé des municipalités de Yamachiche, Saint-Sévère, Saint-Barnabé ainsi

qu'une rue à Saint-Thomas-de-Caxton (adresses impaires de la rue Principale). Finalement, les municipalités de Saint-Alexis-Des-Monts, Sainte-Angèle-De-Prémont et une partie de Saint-Paulin (Rang Belle Montagne, Rang Bout du monde et adresses au-dessus de 2254 sur le rang Beau Vallon) représentent le secteur 4. Il est important de noter que la densité de population varie de 2,8 habitants par kilomètre carré à Saint-Alexis-Des-Monts comparativement à un taux de 121,8 habitants par kilomètre carré à Louiseville. La population du territoire s'élève à 23 525 habitants (CSSSM, 2010; Maskinongé, 2010).

Il y a 25 résidences pour personnes en perte d'autonomie sur le territoire incluant les résidences privées, les résidences d'accueil et les ressources intermédiaires soit, 395 lits tel qu'énumérées au tableau 6 (en date du 1<sup>er</sup> juillet 2010). La répartition des lits dans les quatre secteurs est de 269 places dans le secteur 2, 68 places dans le secteur 3, 34 places dans le secteur 1 et 24 places dans le secteur 4. La résidence Les Jardins de Latourelle a ouvert ses portes en juillet 2010 avec 43 appartements. La demande en SAD est plus importante dans le secteur 2 en raison de forte concentration de population et la présence de résidence pour personnes en perte d'autonomie. La résidence Villa Harfang des Neiges compte 94 places à elle seule.



Tableau 6 : Liste des résidences privées et d'accueils et des ressources intermédiaires desservies par le CSSSM

Secteur	Municipalités	Résidences	Places disponibles	Total
1	Maskinongé	Domaine de la Vie en Rose	9	34
		Résidence Louise Doyon	6	
		Manoir J.C. Paquin	10	
	Ste-Ursule	Résidence Les Cœurs en Or	9	
	St-Justin	Résidence La Prévenance	9	
2	Louiseville	Résidence Chez Monique	6	269
		Résidence Chez Mamie Charlotte	8	
		Résidence Deschênes	28	
		Résidence Després	9	
		Résidence France & Yvon Héroux	19	
		Résidence Saint-Laurent	55	
		Villa du Beaucage	4	
		Résidence Mercier, Nicole	9	
		Résidence Bellerive, Aline	9	
		Résidence Gélinas, Nancy	9	
		Résidence Frigon/Béland, Michèle & Daniel	8	
		Villa Harfang des Neiges	94	
	St-Léon-Le-Grand	Résidence Geneviève	9	
	St-Paulin	Résidence Devost, Jacqueline	2	
		Résidence aux quatre vents	9	
3	Yamachiche	Maison Barthélemy-Caron Enr.	20	68
		Résidence Yamachiche	40	
		Résidence Côté, Guy & Louise	8	
4	St-Alexis-des-Monts	Résidence des Oliviers	24	24

#### 4.1.2 Nombre d'utilisateurs par secteur

Le nombre d'utilisateurs distincts ayant fait appel aux services de SAD en soins infirmiers entre mai 2009 et mai 2010 s'élevait à 1492, soit 286 utilisateurs dans le secteur 1, 601 utilisateurs dans le secteur 2, 211 utilisateurs dans le secteur 3 et 191 utilisateurs dans le secteur 4 tel que décrit au tableau 7. La municipalité de Saint-Paulin a été comptabilisée séparément car les utilisateurs associés aux secteurs 2 et 4 ne pouvaient être différenciés dans les données obtenues puisqu'elles étaient classées selon les municipalités. Toutefois, on suppose qu'un sixième du territoire appartient au secteur 4 car seules trois rues de ce

village étaient desservies par ce secteur. Quelques 45 usagers n'ont pu être attirés à un secteur parce que le lieu de résidence n'a pas été reconnu par le système informatique soit en raison d'une erreur typographique ou en raison d'une convalescence temporaire sur le territoire. Un usager demeurant temporairement chez de la famille pouvant recevoir des services à domicile serait comptabilisé dans les statistiques du CSSSM.

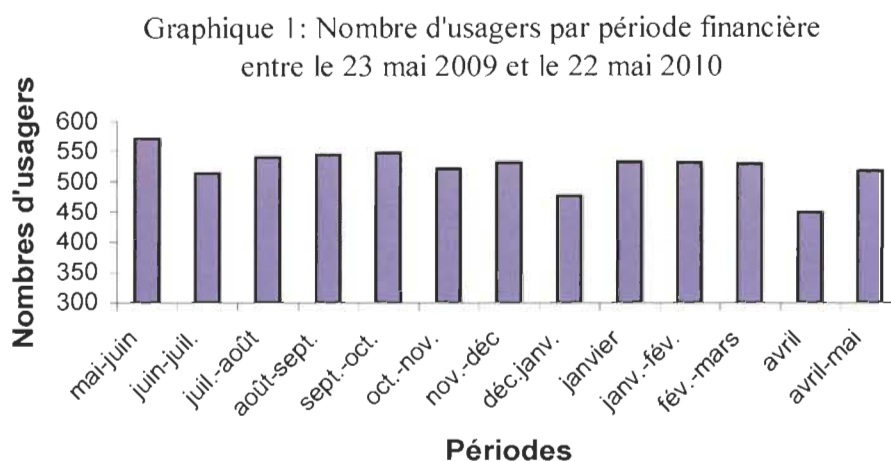
Tableau 7 : Nombre d'usagers par secteur entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010

	SECTEUR 1	SECTEUR 2	SECTEUR 3	SECTEUR 4	ST-PAULIN	INDÉFINI
NOMBRE D'USAGERS	286	601	211	191	158	45

#### 4.1.3 Nombre d'usagers par période financière

Un même usager est comptabilisé une fois par période financière même s'il reçoit plus d'une visite. Entre le 24 mai et 20 juin 2009 le nombre d'usagers était à son plus haut (572) et à son plus bas (449) entre le 1<sup>er</sup> et 24 avril 2010 tel qu'illustré au graphique 1. Les dates correspondant aux périodes financières sont les mêmes à travers la province et sont présentées à l'annexe B. La moyenne d'usagers par période financière était de 523 usagers. Il n'y a pas de différences marquées au niveau entre les secteurs. Le nombre d'usagers par période financière permet d'évaluer les besoins selon la période de l'année de façon à prévoir une hausse des demandes et offrir les services requis. D'autre part, en combinant les données sur la fréquence des visites et en prenant compte notamment de l'effectif infirmier, il est possible de réfléchir sur les causes organisationnelles pouvant influencer les variations du nombre d'usagers au cours de l'année. Une décroissance du nombre d'usagers visités est survenue entre le 21 juin et 18 juillet 2009 ainsi qu'entre le 6

décembre 2009 et le 2 janvier 2010. Cette baisse peut être attribuée au personnel réduit pendant la période des vacances limitant le nombre de visites possibles.

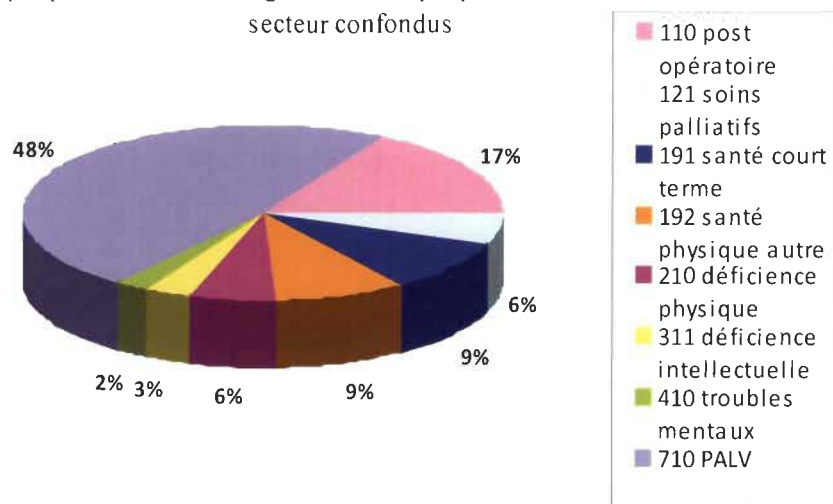


#### 4.1.4 Nombre d'utilisateurs distincts selon le profil d'intervention.

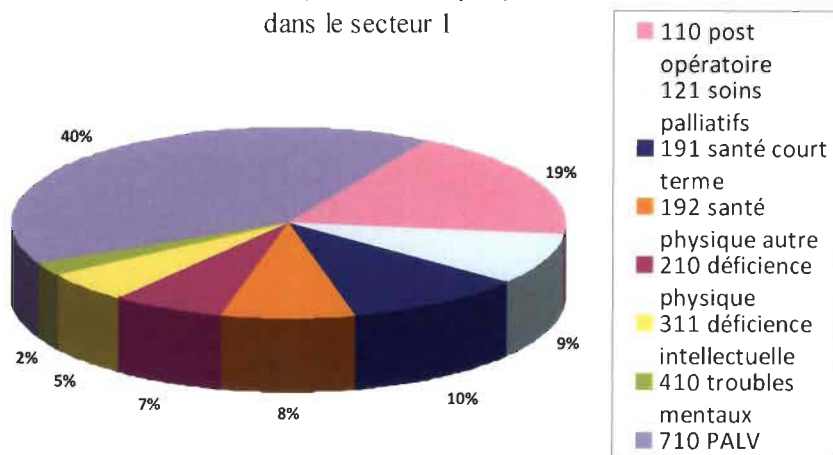
Les profils d'intervention établis par le MSSS informent sur le type de clientèle desservie et par le fait même sur les types de soins à dispenser. À titre d'exemples les personnes correspondant au profil d'intervention «Services de santé en phase post opératoire» auront fort probablement besoin d'enseignement, de changement de pansement et d'évaluation de la plaie. Il est possible qu'un usager faisant initialement appel aux services SAD pour un service, soit ensuite transféré sous un autre profil d'intervention. Ainsi, un usager recevant des soins post opératoires pourrait par la suite être classé dans les services de soins palliatifs. Ce client est alors comptabilisé à deux reprises dans les données observées et il n'est pas possible de les distinguer.

Les données obtenues au CSSSM pour la période de mai 2009 à mai 2010 indiquent que les usagers recevant des services de santé physique en phase post opératoire (110) et en PALV (710) étaient majoritaires et représentaient respectivement 17% et 48% des usagers. Le graphique 2 montre les pourcentages des usagers pour les autres profils. Les autres services de santé à court terme (191) et les autres services de santé physique (192) représentaient chacun 9% des usagers. Les services liés à une déficience physique (210) ainsi que ceux de soins palliatifs (121) comptaient chacun pour 6% de la clientèle. Finalement, les usagers recevant des services en lien avec une déficience intellectuelle (311) et/ou des problèmes de troubles mentaux (410) étaient de l'ordre de 3% et de 2% des usagers. Les autres profils de clientèles étaient présents dans une proportion de moins de 1%. Les graphiques 3, 4, 5, 6 et 7 présentent le pourcentage d'usagers par profil d'intervention pour les secteurs 1, 2, 3, 4 et pour la municipalité de Saint-Paulin.

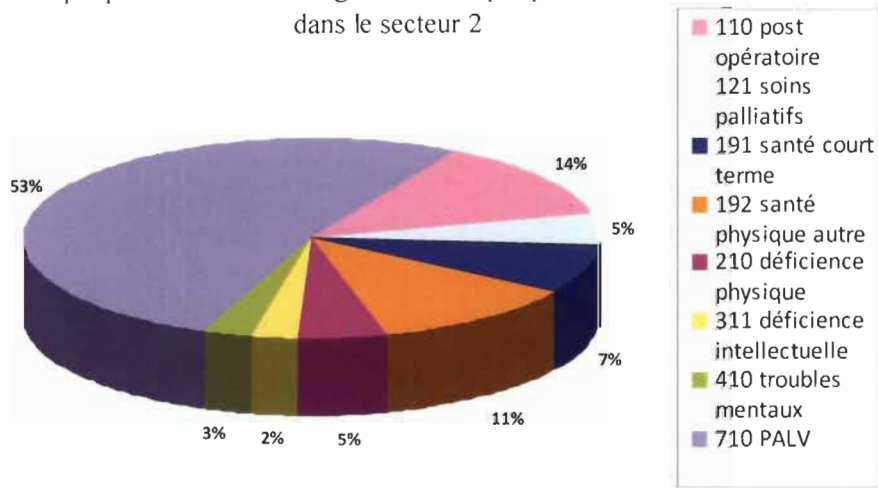
Graphique 2: Nombre d'usagers distincts par profil d'intervention tous  
secteur confondus



Graphique 3: Nombre d'usagers distincts par profil d'intervention  
dans le secteur I



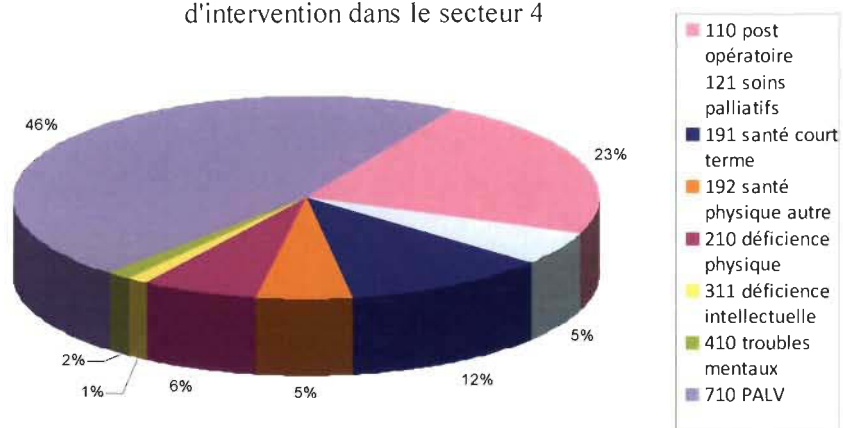
Graphique 4: Nombre d'utilisateurs distincts par profil d'intervention dans le secteur 2



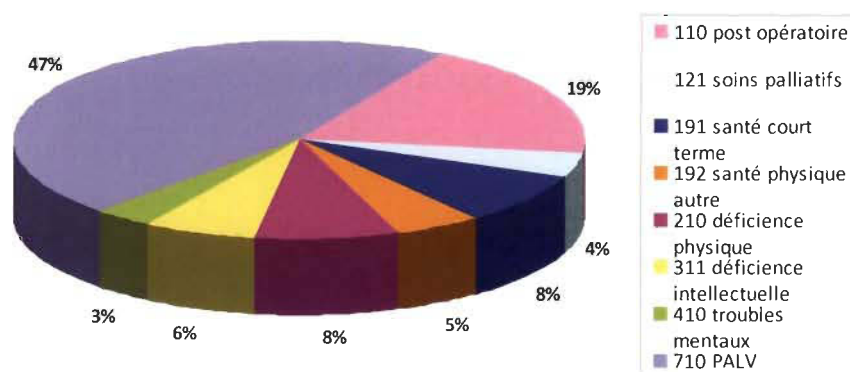
Graphique 5: Nombre d'utilisateurs distincts par profil d'intervention dans le secteur 3



Graphique 6: Nombre d'utilisateurs distincts par profil d'intervention dans le secteur 4



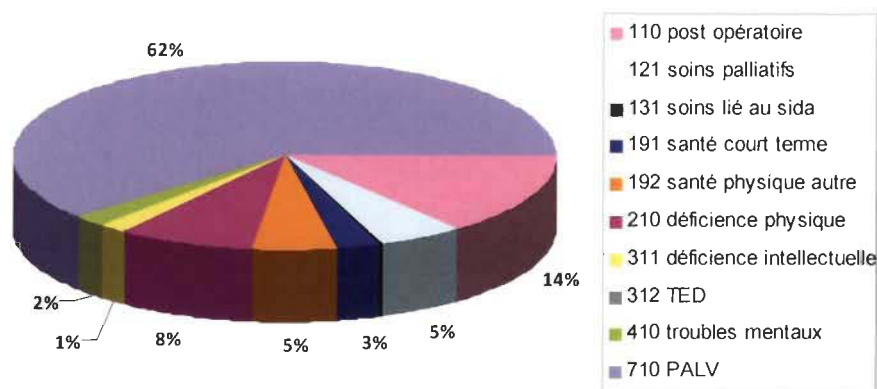
Graphique 7: Nombre d'utilisateurs distincts par profil d'intervention dans la municipalité de Saint-Paulin



#### 4.1.5 Nombre d'interventions selon le profil d'intervention

Le nombre d'interventions distinctes correspond à la totalité des interventions effectuées, tous usagers confondus. Pour le MSSS, plus il y a d'interventions pour un même usager, plus l'intensité des soins est importante. Le graphique 8 démontre qu'au cours de la période s'étendant de mai 2009 à mai 2010, les PALV (710) représentaient la plus grande portion des interventions (62%). Les usagers en phase postopératoire (110) étaient le second groupe recevant le plus d'interventions (14%). Le troisième groupe recevant le plus grand pourcentage d'intervention (8%) est représenté par les usagers ayant une déficience physique (210). Le pourcentage d'intervention associé aux autres groupes est plus petit ou égal à 5%. Les interventions faites pour les usagers ayant un trouble envahissant du développement (TED) représentent moins de 1%.

Graphique 8: Nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention tous secteurs confondus



#### 4.1.6 Nombre d'interventions distinctes selon le profil d'intervention et le secteur

Le tableau 8 présente nombre d'interventions par profil d'intervention tous secteurs confondus. Il y a eu un total de 1324 usagers entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010 ainsi que 11 561 interventions réalisées par les infirmières à domicile.



Tableau 8 : Nombre d'usagers et d'interventions distinctes selon le profil d'intervention entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010

		23 mai 2009 au 22 mai 2010		
	Profils d'intervention	U	I	Ratio Interventions/ usager
110	Phase postopératoire	233	1734	7,44
121	Soins palliatifs	69	613	8,88
131	Santé physique liée au sida	2	18	9,00
191	Autre santé physique court terme	122	318	2,61
192	Autres services de santé physique	112	544	4,86
210	Services liés à déficience physique	101	894	8,85
311	Déficience intellectuelle	45	220	4,89
312	Trouble envahissant du développement	1	20	20,00
410	Services pour troubles mentaux	29	262	9,03
710	Perte d'autonomie liée au vieillissement	610	6938	11,37
	<b>Total</b>	<b>1324</b>	<b>11 561</b>	

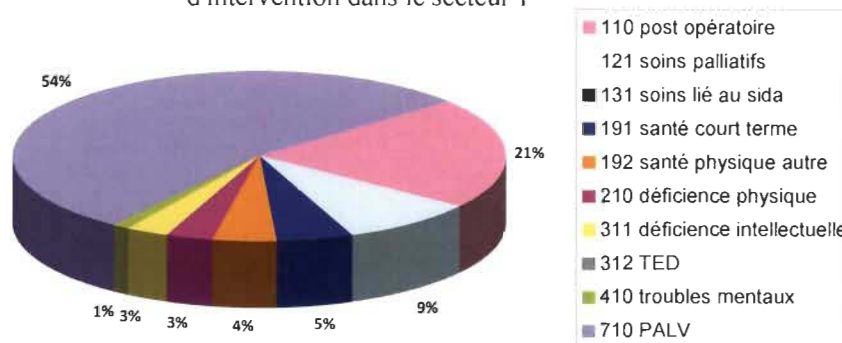
U = Usagers distincts      I = Interventions distincte

Le nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention a été comptabilisé en fonction des secteurs, permettant d'apprécier les particularités des territoires. Ces données pour la période de mai 2009 à mai 2010 sont présentées aux graphiques 9, 10, 11, 12 et 13.

Dans le secteur 1, 9% des interventions sont associées aux soins palliatifs, ce qui s'avère nettement supérieur à la portion des interventions tous secteurs confondus 5% tel qu'observé au Graphique 9. Les interventions associées à la déficience intellectuelle

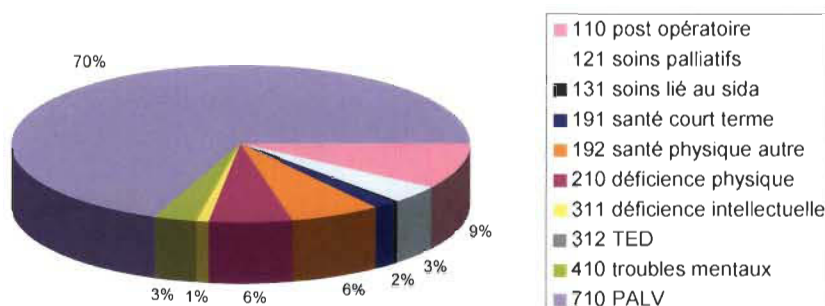
semblent aussi être prédominantes dans ce territoire représentant 3% des interventions comparativement à 1% dans les autres secteurs. Cette distinction peut être associée à la présence d'une résidence pour personne présentant une déficience intellectuelle dans le territoire desservi par le secteur 1.

Graphique 9: Nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention dans le secteur 1



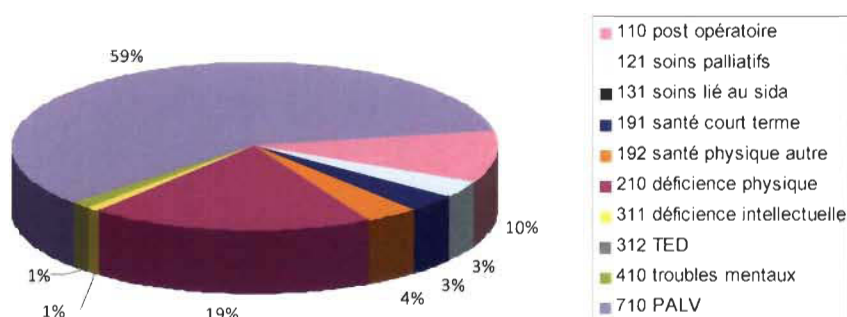
Dans le secteur 2, les interventions effectuées auprès de la clientèle en PALV (710), pour les autres services de santé physique (192) et pour les services de santé mentale (410) se retrouvent dans une proportion plus importante que dans les autres secteurs avec respectivement 70%, 6% et 3% tel que le montre le Graphique 10. La municipalité de Louiseville compte à elle seule 269 places en résidences pour personnes âgées, ce qui peut expliquer une grande partie des interventions chez les personnes en PALV. Les soins postopératoires comptent pour seulement 9% des interventions ce qui est bien en deçà des secteurs 1 (21%) et 4 (19%). Il faut cependant noter que la municipalité de Saint-Paulin, comptabilisé séparément, est majoritairement desservie par le secteur 2 et que 50% des interventions qui y sont effectuées sont liées aux soins postopératoires.

Graphique 10: Nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention dans le secteur 2



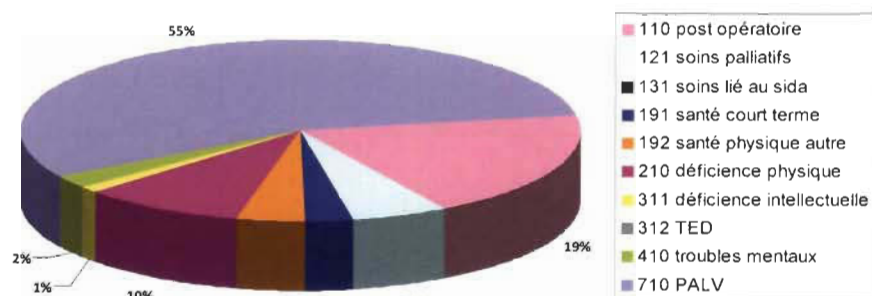
Le graphique 11 montre que dans le secteur 3, la portion des services liés à la déficience physique (210) est significativement plus importante que dans la totalité du territoire soit, 19% versus 8%. Cette différence n'a pas pu être expliquée par la présence d'une résidence ou d'une maison d'accueil pour personnes ayant une déficience physique. Les usagers sont majoritairement situés dans les municipalités de Saint-Barnabé (182 interventions) et de Yamachiche (209 interventions).

Graphique 11: Nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention dans le secteur 3

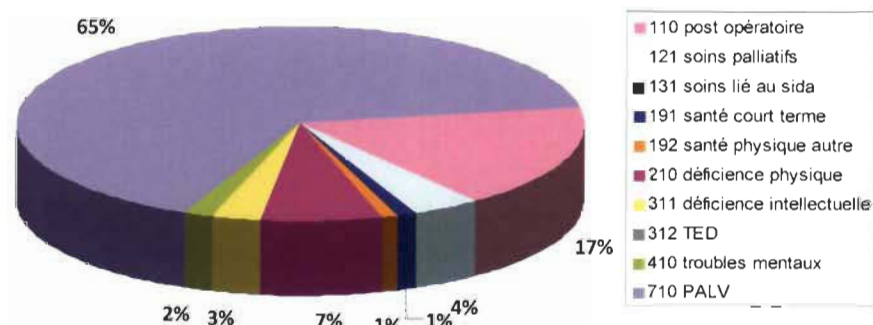


Le graphique 12 montre que dans le secteur 4, les services en soins palliatifs représentent 6 % des interventions effectuées, soit 3% de plus que dans les secteurs 2 et 4. Cette différence peut être associée à la présence d'un médecin qui offre et encourage les services de soins palliatifs à domicile et à l'éloignement géographique du territoire ne permettant pas aux usagers en fin de vie de se déplacer pour obtenir des traitements.

Graphique 12: Nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention dans le secteur 4



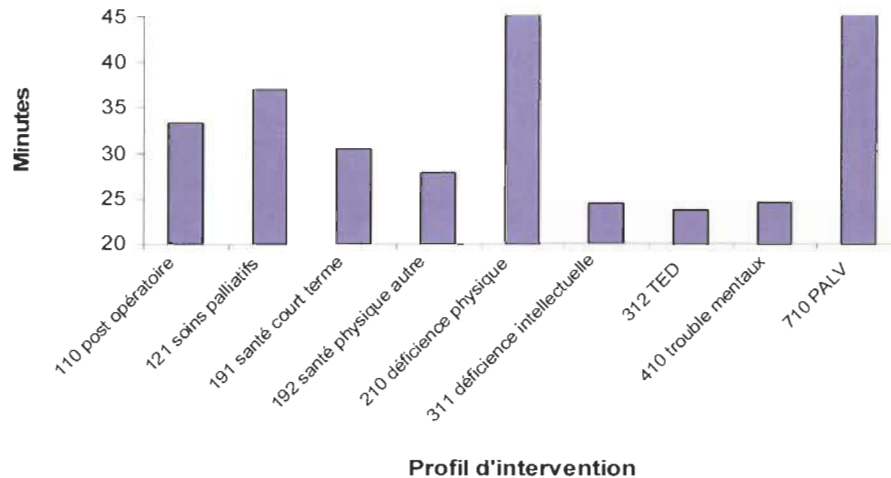
Graphique 13: Nombre d'interventions distinctes par profil d'intervention dans la municipalité de Saint-Paulin



#### *4.1.7 Durée moyenne d'intervention*

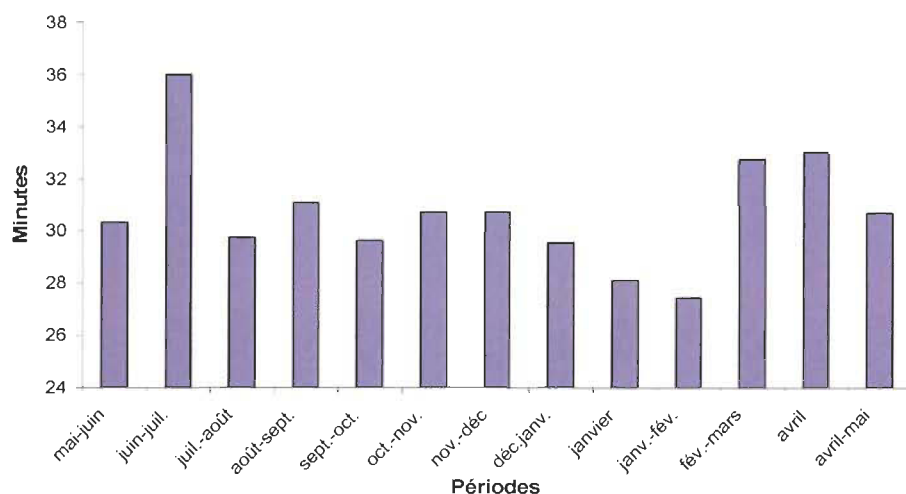
La durée d'intervention est calculée par l'infirmière dès son entrée chez l'utilisateur jusqu'à sa sortie. Elle ne peut être représentée par secteur car les infirmières peuvent travailler dans plus d'un secteur au cours d'une semaine et même, d'une journée, ce qui rend le calcul fastidieux et peu représentatif s'il est fait sur une courte période. La durée moyenne d'intervention peut toutefois offrir des données pertinentes en étant associée au profil d'intervention. À cet effet, le Graphique 14 obtenus montrent que les interventions associées aux soins palliatifs (121) et aux soins post opératoires (110) demandent généralement plus de temps à accomplir soit respectivement 37 et 33 entre mai 2009 et mai 2010. Cette différence peut être due aux besoins spécifiques de la clientèle en fin de vie qui nécessite de l'aide sur le plan psychologique et une approche personnalisée. Les soins de plaie postopératoire engendrent également une augmentation de la durée de l'intervention associée à la préparation d'une technique stérile, à l'évaluation de la plaie, à l'application de pansement, à l'enseignement, etc. La moyenne de la durée associée aux autres profils d'intervention est de 27 minutes par intervention.

Graphique 14 : Durée moyenne d'intervention selon le profil d'intervention entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010



Par ailleurs, le graphique 15 montre que la durée moyenne d'intervention tous usagers confondus varie entre 25 à 36 minutes. Une augmentation de la durée des interventions d'environ 3 minutes est visible entre février et mai 2010. Ces augmentations peuvent être associées aux périodes de formation des nouvelles infirmières. Les infirmières novices prennent plus de temps à organiser et effectuer les soins d'une part parce que le travail est nouveau, parce qu'elles doivent instaurer une relation de confiance et doivent accumuler de l'information pour chaque nouvel usager. De plus, la période hivernale est généralement associée à plus de manipulations ce qui peut augmenter le temps de visites (p.ex., retirer le manteau et les bottes).

Graphique 15: Durée moyenne d'intervention tous profils  
d'intervention confondus entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010



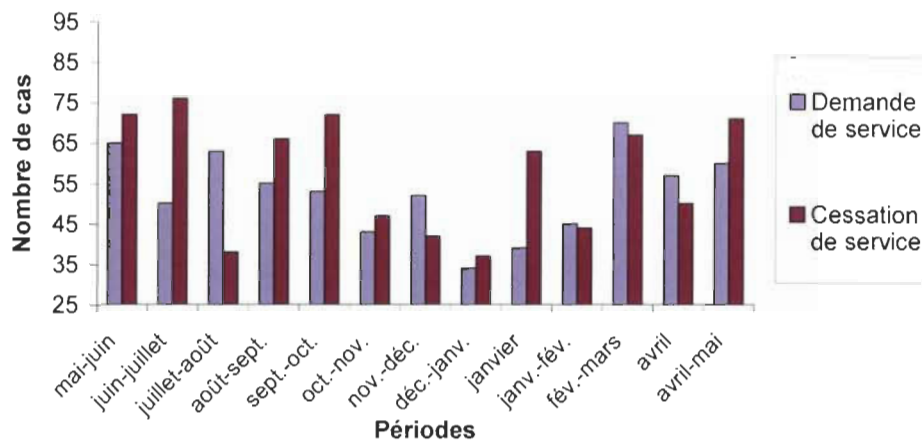
#### 4.1.8 Demandes de services normalisés et cessations de services

Le nombre de demandes de services acceptées pour la période s'étendant de mai 2009 à mai 2010 est de 686 comparativement à 745 cessations de services. Le tableau 9 indique que le secteur 2 reçoit le plus grand nombre de demandes et de cessations, soit 335 versus 387. De façon générale, dans le graphique 16, les demandes et les cessations semblent diminuées entre octobre et février. Des infirmières ont traduit cette baisse par la diminution du nombre de cas post opératoires. Même si le nombre de cessations de services est supérieur aux demandes, l'offre de services peut être offerte pendant quelques années, ce faisant, le nombre d'utilisateurs est toujours en croissance. Les utilisateurs PALV ou en soins palliatifs recevront des services de SAD à long terme. La cessation de services dépend des besoins de l'utilisateur. Généralement, l'infirmière responsable du suivi stimule l'autonomie et aide l'utilisateur à déterminer un moment où les services à domicile peuvent prendre fin ou évaluer sa capacité de se rendre dans un point de services.

Tableau 9 :  
Nombre de demandes et de cessations de services entre le 23 mai 2009 et 22 mai 2010

	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Total
<b>Demandes</b>	143	335	103	105	686
<b>Cessations</b>	146	387	109	103	745

Graphique 16: Demandes et cessations de services par période  
du 23 mai 2009 au 22 mai 2010



Les types de demandes de services normalisés au CSSSM ont été classifiés par l'ASI au cours de la période de la première collecte de données selon quatre catégories : le suivi (prise de signes vitaux, glycémies capillaires, injections, pansements, cathétérismes vésicales, etc.), les prélèvements réguliers, les prélèvements ponctuels et les soins palliatifs. Le tableau 10 montre le nombre de demandes de services initiales selon le type de soins et selon le secteur. La majeure partie des demandes a été faite pour des usagers nécessitant un suivi (291) et pour des prélèvements ponctuels (286).



Tableau 10 :  
Nombre de demandes de services initiales selon le type de soins et le secteur

TYPE DE SOINS	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Total
Suivi	70	125	45	51	291
Prélèvements réguliers	15	45	13	14	87
Prélèvements ponctuels	51	157	40	38	286
Soins palliatifs	7	8	5	2	22

Le tableau 11 indique le nombre de dossiers actifs était de 488 en date du 15 juin 2010. Dix dossiers inactifs ont été retrouvés signifiant qu'il n'y a pas eu d'interventions depuis plus de 90 jours. Parmi les dossiers inactifs, cinq étaient demeurés ouverts en raison d'un oubli de fermeture, quatre étaient des clients ayant des demandes de prélèvements réguliers au quatre à six mois et un était un dossier appartenant à un client hospitalisé ne recevant pas de services pour la durée de son séjour à l'hôpital. La présence de cinq oublis de fermeture sur près de 500 dossiers actifs montre un suivi adéquat et majoritairement assuré par l'ASI.

Tableau 11 : Nombre de dossiers actifs et inactifs en date du 15 juin 2010

<b>Actifs</b>	<b>488</b>
<b>Inactifs</b>	<b>10</b>
	✓ 5 oublis de fermeture
	✓ 4 suivis aux quatre à six mois
	✓ 1 client hospitalisé

#### *4.1.9 Synthèse du portrait de la clientèle*

Le tableau 12 reprend les résultats de la première collecte de données qui offre un portrait de la clientèle selon les secteurs du territoire de Maskinongé. On y retrouve le nombre place en hébergement, le nombre d'usagers selon le profil d'intervention, le nombre d'interventions selon le profil d'intervention, la durée moyenne d'intervention

selon le profil d'intervention et le nombre de demandes et des cessations de service. Les données variant le plus sont en caractère gras.

Tableau 12 : Synthèse du portrait de la clientèle au CSSSM selon les secteurs

		Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	St-Paulin	Tous secteurs confondus
Places d'hébergement		34	<b>269</b>	68	24	-	435
Nombre d'utilisateurs							1324*
Pourcentage d'utilisateurs selon le profil d'intervention (%)	110	19	14	18	<b>23</b>	19	17
	121	<b>9</b>	5	4	5	<b>4</b>	6
	191	10	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	8	9
	192	8	<b>11</b>	7	5	5	9
	210	7	5	5	6	8	6
	311	5	2	2	1	<b>6</b>	3
	410	2	3	2	2	3	2
	710	<b>40</b>	<b>53</b>	49	46	47	48
Nombre d'interventions							11 561
Pourcentage d'interventions selon le profil d'interventions (%)	110	<b>21</b>	<b>9</b>	10	<b>19</b>	17	14
	121	<b>9</b>	3	3	6	4	5
	191	5	2	3	3	1	3
	192	4	6	4	4	1	5
	210	<b>3</b>	6	<b>19</b>	10	7	8
	311	<b>3</b>	1	1	1	3	1
	410	1	3	1	2	2	2
	710	<b>54</b>	<b>70</b>	59	55	65	62
Durée moyenne d'intervention par profils d'interventions (minutes)	110						33
	121						37
	191						31
	192						28
	210						29
	311						25
	410						25
	710						27
Nombre de demandes (D) et cessations (C) de services	D	143	<b>335</b>	103	105	**	686
	C	146	<b>387</b>	109	103	**	745

\* Le nombre total d'utilisateurs distincts ayant reçu des services a été questionné dans le programme *Impromptu* en fonction des municipalités. La base de données a répertorié 45

usagers sous une catégorie " Indéfini" (provenant des usagers dont une erreur a été faite dans la transcription de la municipalité ou les usagers demeurant temporairement dans le territoire) (1492 usagers au total). Cependant, lorsque questionner en fonction du profil d'intervention on obtient un nombre total d'usagers inférieur (1324 usagers). Cet écart peut être expliqué par les usagers dont le profil d'intervention a été modifié au cours de l'année. À cet effet, lorsque répertorié en fonction des municipalités, les usagers ayant changé de profil d'intervention ont pu être comptabilisé à deux reprises. En étant questionné en fonction du profil d'intervention, le système a reconnu qu'il s'agit d'un même usager répertorié classé sous le profil d'intervention actif au moment de la collecte de données.

**\*\* Les demandes de services et les cessations dans la municipalité de Saint-Paulin ont été comptabilisées dans le secteur 4 par l'assistante supérieure immédiate parce que la plus grande partie du territoire y appartient. Ces données ne proviennent pas de la base de données I-CLSC et ne peuvent être différenciées aisément. Par souci de simplicité, les données sont présentées dans le secteur 4.**

## **4.2 Cartographie des processus cliniques et administratifs**

### ***4.2.1 Cheminement initial des demandes de SAD***

Les demandes sont toutes dirigées à l'AEO (accueil évaluation orientation) qui évalue les demandes en fonction des critères d'admissibilité des services de SAD et les oriente vers l'ASI. Cette dernière évalue les besoins de services de l'utilisateur et coordonne les services déjà existants. Le client est finalement assigné à l'infirmière du secteur

auquel il appartient et une première visite est planifiée. La figure 4 décrit le cheminement initial des demandes de SAD.

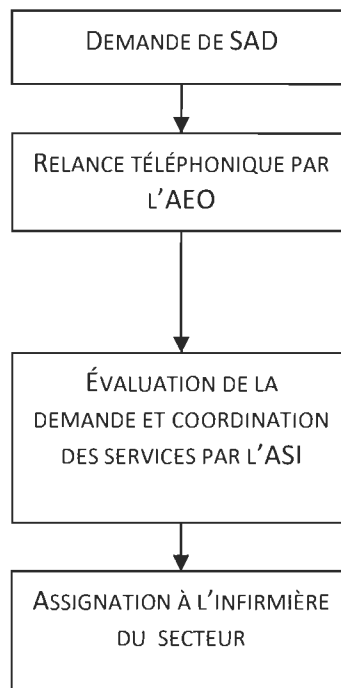


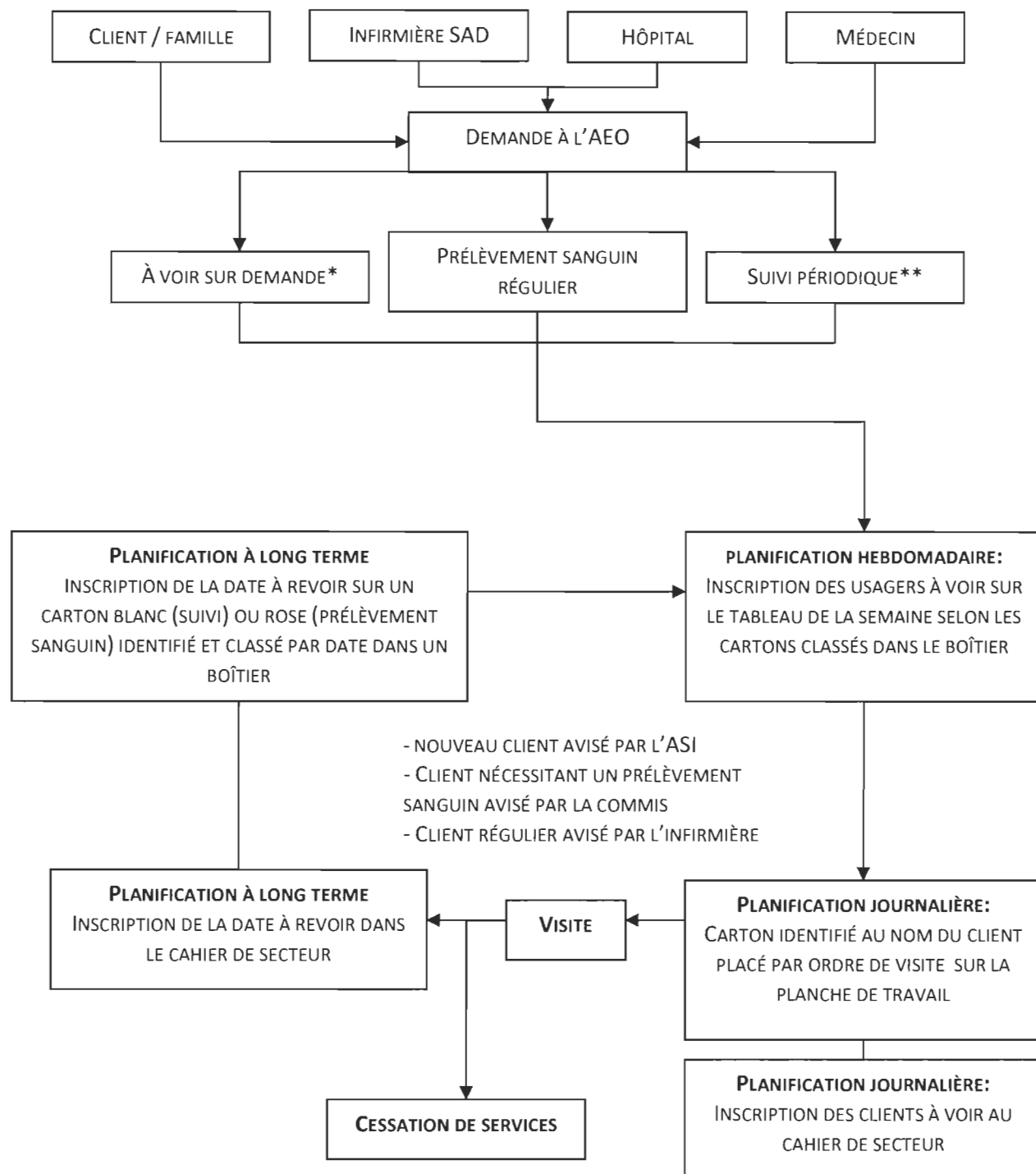
Figure 4 : Cartographie du cheminement initial des demandes de SAD

#### 4.2.2 Planification des visites

Les visites à domicile sont planifiées par les infirmières de façon manuscrite généralement une semaine à l'avance et peuvent être changées au cours de la semaine. Plusieurs particularités vont justifier la priorisation de certains usagers au cours de la semaine. Les éléments qui guident la planification des visites sont d'abord les soins fixes (p. ex., changement de pansement post opératoire, RNI, soins palliatifs, etc.), ensuite l'optimisation du trajet et finalement, les disponibilités infirmières. Parmi les raisons qui entraînent une réorganisation de la planification, il y a entre autres, les nouvelles demandes de services, un changement de prescription, un besoin particulier d'un usager

ou un manque de personnel infirmier. Les personnes en PALV peuvent être déplacées plus facilement puisqu'elles ne requièrent pas de soins ponctuels. Par conséquent, les objectifs ministériels visant à visiter les personnes en perte d'autonomie deux fois par mois ne sont pas toujours respectés.

Les outils utilisés pour planifier les visites sont : (1) un boîtier contenant des fiches cartonnées étant identifiées au nom de l'utilisateur et décrivant brièvement ses coordonnées et la raison du suivi, les clients recevant un service de prélèvements sanguins sont différenciés par des cartons roses, (2) un tableau hebdomadaire où sont inscrits les clients à voir, incluant les suivis des usagers en PALV, (3) un classeur journalier où sont placés les cartons des usagers à voir selon l'ordre de visite et demeurant à la disposition de l'ASI pendant la journée et (4) un cartable indiquant le nom des personnes visitées et la date à revoir. Ces outils sont propres à chaque secteur, il faut donc multiplier ces étapes par quatre. La figure 5 présente la cartographie de la planification des visites.



\* Prélèvements, post opératoire ou traitement nécessitant une seule visite

\*\* Soutien à domicile, post opératoire, traitement, soins palliatifs

\*\*\* Soins ne pouvant pas être déplacés tels que RNI, retrait d'agrafe post opératoire

Figure 5 : Cartographie de la planification des visites

#### *4.2.3 Planification des prélèvements mesurant le ratio normalisé international (RNI)*

Les prélèvements sanguins nommé RNI sont requis pour ajuster la posologie de la warfarine. Ils doivent être effectués à des intervalles réguliers et la fréquence des prélèvements est plus importante en début de traitement ainsi qu'après un changement pouvant influencer la concentration dans le sang tel que l'arrêt temporaire pour une opération. Comme montré à la figure 6, la planification des RNI implique la collaboration de l'infirmière, de la pharmacie et de l'adjointe administrative. La prescription est d'abord remise à l'infirmière qui la copie au dossier temporaire, au cardex infirmier et sur une fiche cartonnée rose puis, elle est identifiée avec un point bleu à la planification hebdomadaire. La prescription originale est ensuite remise à l'adjointe administrative deux jours avant la date prévue du prélèvement afin de contacter les clients et de préparer le matériel requis et les étiquettes de laboratoire. La pharmacie envoie également à l'adjointe administrative la liste des clients dont le RNI est prévu pour le lendemain. Une fois le prélèvement fait et les résultats reçus, la pharmacie détermine la date du prochain prélèvement et avise l'infirmière responsable par télécopieur. Cette dernière reclasse le carton rose à la date prévue dans le boîtier du secteur en vue de la prochaine planification.

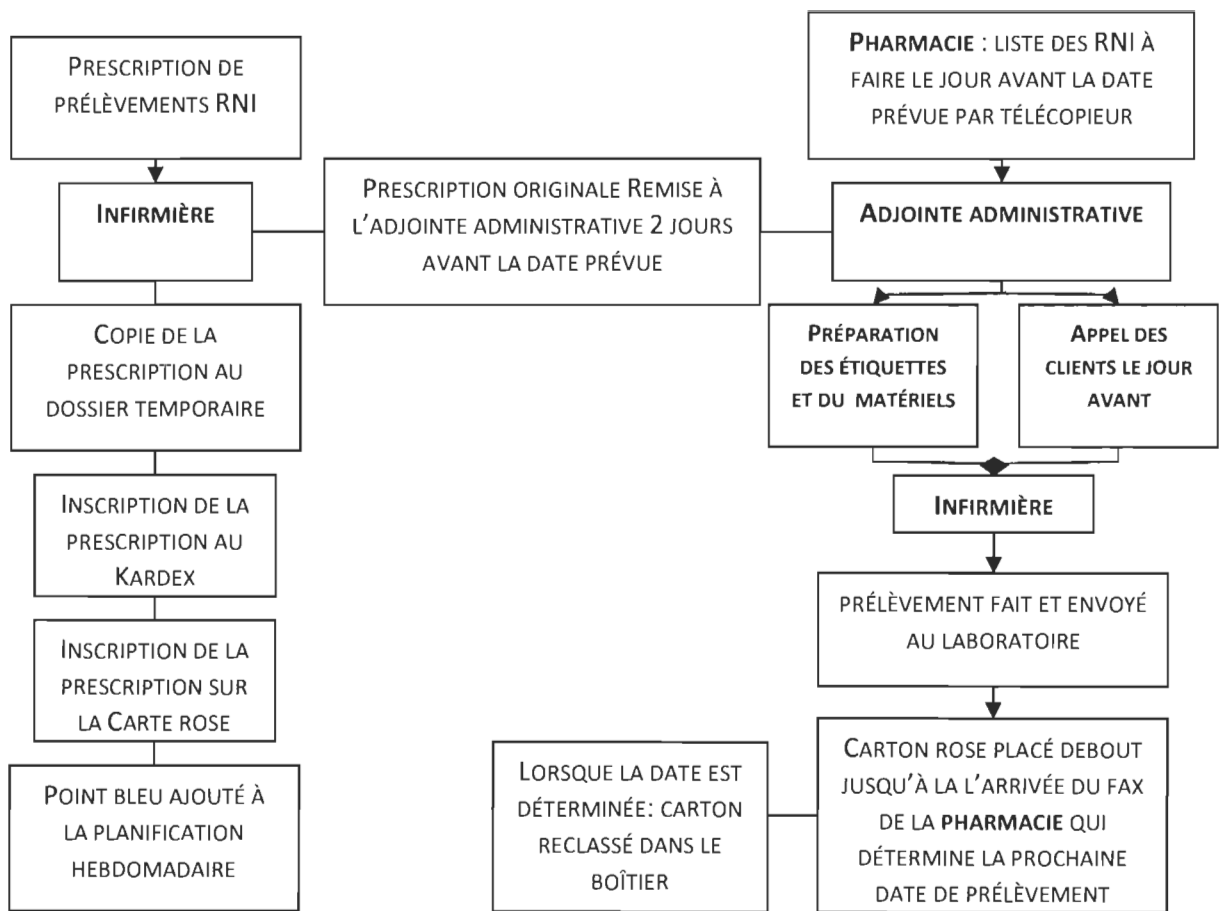


Figure 6 : Cartographie de la planification des RNI

#### 4.2.4 Fermeture de dossier

Lorsqu'il y a cessation de services, l'infirmière est responsable de clore la note au dossier, de détruire la fiche cartonnée, d'entrer les statistiques à l'ordinateur, de faire le transfert de documents tels le PTI et les prescriptions et de remettre tous les documents du dossier temporaire à l'ASI. Cette dernière procède à la fermeture de la fiche d'enregistrement info-santé comme décrit à la figure 7.



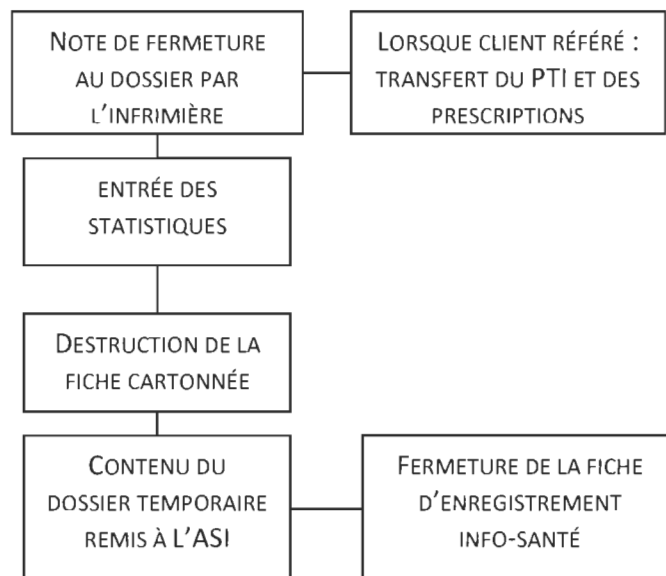


Figure 7 : Cartographie de la fermeture des dossiers

### 4.3 Portrait de l'organisation du SAD au CSSSM

#### 4.3.1 Répartition des postes infirmiers et nombre d'heures associées

En date du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le SAD dispose de huit postes d'infirmières soit, sept postes d'infirmière à temps complet régulier (TCR) (35h/semaine) ainsi qu'un poste à temps partiel régulier (TPR) (16h/semaine) pour un total de 261 heures par semaine. Cependant, deux infirmières occupant un poste à TCR sont en congé de maladie pour un temps indéterminé (dont une depuis un an) ce qui représente un manque à gagner de 70h/semaine. Aussi, une infirmière occupant un poste TCR et étant en retraite progressive, travaille trois jours par semaine depuis près d'un an, ce qui engendre un besoin de remplacement régulier de 14 h/semaine. La figure 8 présente la répartition des heures de travail infirmier selon les disponibilités en date du 1er juillet 2010. Ces besoins sont comblés par six infirmières de l'équipe volante (un besoin régulier d'un minimum de 84h/semaine). Au moment de la collecte de données cette structure était déficiente, ne

laissant aucune marge de manœuvre en cas de congé pour formation, pour vacances, pour maladie ou autre. L'équipe volante présente en raison de 84 heures par semaine est déjà sollicitée ce qui ne permet pas d'offrir des ressources de soutien telle qu'elle le ferait si l'équipe de base suffisait à répondre aux besoins du SAD. Dans l'équipe, sept infirmières possèdent un diplôme d'études collégiales et une détient un baccalauréat en sciences infirmières. Un poste d'ASI (35h/semaine) avait été créé en août 2009. Aucun poste n'est vacant. À l'été 2010, l'équipe disposait également de l'appui d'une agente administrative à raison de 26 heures par semaine pour effectuer certaines tâches telles que les appels aux usagers qui nécessitent des prélèvements sanguins, la préparation du matériel requis et des étiquettes d'identification pour le laboratoire. Les tâches de l'agente administrative n'étaient toutefois pas définies.

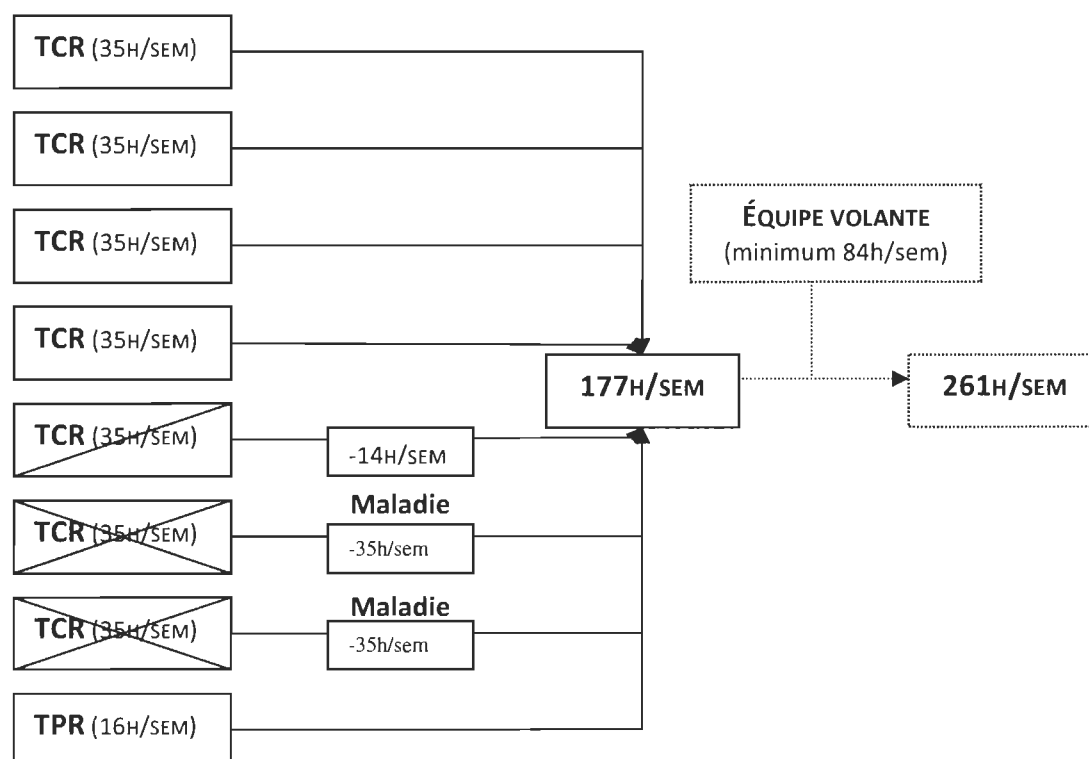


Figure 8 : Répartition des heures de travail infirmier selon les disponibilités en date du 1<sup>er</sup> juillet 2010

#### *4.3.2 Répartition du travail infirmier*

À l'été 2010, les entrevues avec l'ASI et l'observation du fonctionnement ont fait état de l'organisation du temps infirmier entre les secteurs. De façon générale, une infirmière à TCR et une infirmière effectuant l'équivalent d'un jour et demi par semaine travaillaient dans le secteur 1 et dans le secteur 3 (45,5 heures par secteur). Dans le secteur 2, il y avait deux infirmières à TCR (70 heures) ainsi qu'une infirmière disponible quatre jours par semaine (pour un total de 98 heures dans le secteur 2). Le secteur 4 nécessitait une infirmière à TCR ainsi qu'une infirmière disponible l'équivalent de deux jours et deux heures par semaine (51 heures). Ce poste était comblé par l'infirmière détentrice d'un poste combiné à la santé courante. Les heures de travail ce poste étaient réparties comme suit : 9h00 à 12h00 au SAD et 13h00 à 17h00 aux services de santé courante situés au point de services de Saint-Alexis-Des-Monts. La figure 9 illustre la répartition des heures de travail infirmier selon le secteur. Cette répartition totalise 239 heures de travail pour les quatre secteurs du CSSSM. Or, il a été constaté précédemment qu'à l'été 2010, les huit postes devaient totaliser 261 heures de travail infirmier par semaine. Ce qui permet de conclure que si l'équipe disposait réellement de 261 heures, elle aurait 22 heures de temps infirmier de plus pour effectuer des tâches connexes, pour remplacer les absences ou augmenter la fréquence de visites chez certains clients plus vulnérables et ainsi augmenter les AVA pour l'utilisateur.

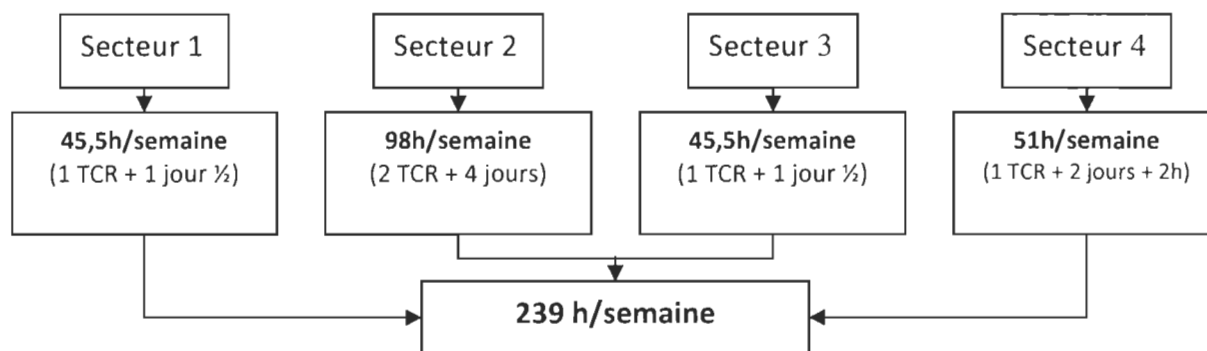
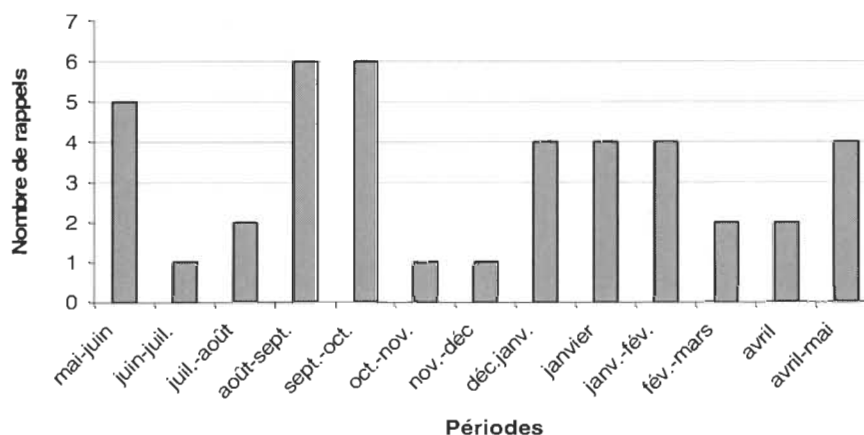


Figure 9 : Répartition des heures de travail infirmier selon le secteur

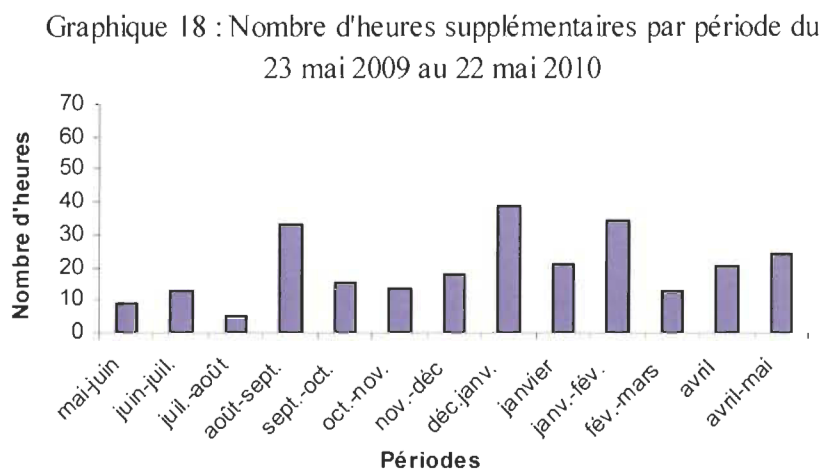
#### 4.3.3 Rappels et heures supplémentaires

Les infirmières se partagent les gardes afin d'être disponibles en dehors des heures de services du SAD. Elles peuvent nécessiter un déplacement ou une simple consultation téléphonique. Les usagers pouvant nécessiter des soins en dehors des heures de services sont par exemple, les personnes recevant des soins palliatifs. Comme montre le graphique 17, le nombre de rappels varie entre un et six par périodes. Pendant les mois d'août à octobre et de décembre à février, il y a eu quatre rappels ou plus par période.

Graphique 17: Nombre de rappels par période du 23 mai 2009 au 22 mai 2010



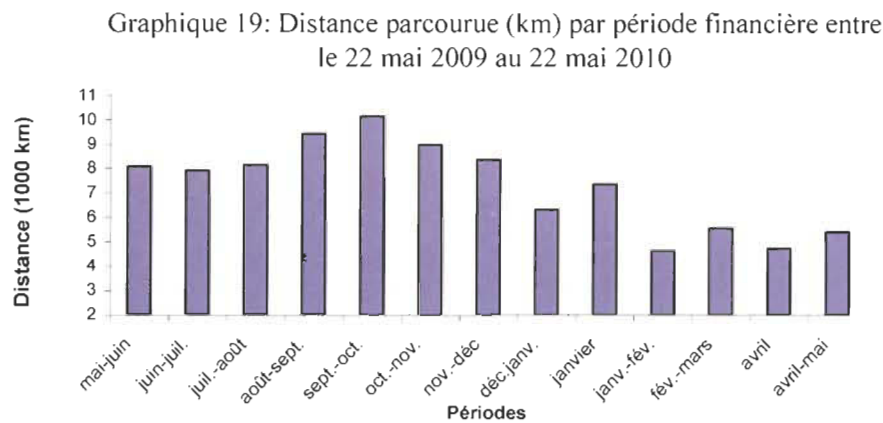
Le nombre d'heures supplémentaires a été calculé pour toutes les infirmières ayant œuvré au SAD. Le graphique 18 indique que les périodes ayant eu un besoin plus important en heures supplémentaires correspondent de manière générale aux vacances des employés soit juillet, août, septembre ainsi que novembre et décembre. Entre mai 2009 à mai 2010, les heures supplémentaires totalisent 258 heures. Le manque de personnel et les besoins des usagers à domicile en dehors des heures de travail peuvent être en cause.



#### 4.3.4 Kilométrage

Le kilométrage est toujours calculé à partir du Centre Comtois. Seul le poste d'infirmière combiné à celui de santé courante (TPR) termine la journée au point de service Saint-Alexis-Des-Monts, toutefois le kilométrage de retour est comptabilisé jusqu'au centre Comtois. La distance parcourue a été calculée pour l'ensemble des infirmières en SAD tous secteurs confondus par période financière. La distance totale parcourue entre mai 2009 et mai 2010 est de 95 054 km. Les facteurs qui augmentent le kilométrage chaque jour sont les travaux routiers, le manque de personnel (peut également influencer à la baisse s'il y a réduction des visites), l'éloignement

géographique des usagers, l'augmentation du nombre d'usagers et des besoins d'interventions. En 2009, les mois de mai à décembre sont associés à une distance supérieure à 8000 km par période telle que le montre le graphique 19.



#### 4.3.5 Déplacements supplémentaires pour le transport de prélèvements

Le nombre de déplacements supplémentaires correspond au nombre de fois que les infirmières ont dû rapporter des prélèvements au point de service le plus près avant de poursuivre leur route. Les données proviennent des feuilles de route recueillies entre le 17 juin au 16 juillet 2010 grâce à la collaboration des infirmières du CSSSM qui ont accepté de compléter les feuilles de route. Lorsqu'un ou plusieurs prélèvements étaient prévus et que le nombre de déplacements n'était pas spécifié, un seul déplacement supplémentaire a été comptabilisé. Au total, 75 feuilles de route ont été recueillies et 97 déplacements supplémentaires ont été calculés tel que présenté au tableau 13. Il est à noter que le secteur 2 a effectué plus de déplacements supplémentaires que les autres secteurs en raison de la proximité du laboratoire. Par ailleurs, les infirmières des secteurs 1 et 3 doivent parcourir plus de kilomètres pour déposer les prélèvements à Louiseville, et ce, souvent à deux reprises pour respecter les normes de temps. Les infirmières du secteur 4

peuvent déposer les prélèvements avant 9 heures au point de services de Saint-Alexis-Des-Monts, où ils seront transportés par navette à l'hôpital de Louiseville.

Tableau 13 : Nombre de déplacements supplémentaires pour le transport des prélèvements du 17 juin au 16 juillet 2010

	SECTEUR 1	SECTEUR 2	SECTEUR 3	SECTEUR 4	MIXTE	TOTAL
DÉPLACEMENTS	18	43	18	11	7	97
NOMBRE DE FEUILLES DE ROUTE RECUEILLIES	15	30	16	8	6	75

Les prélèvements sanguins RNI, requis pour ajuster la posologie de la warfarine sont nombreux et doivent être effectués selon des calendriers précis. Étant donné qu'ils doivent être pris en compte dans la planification des visites, ils ont été comptabilisés sur une période de quatre semaines, entre le 21 juin et le 16 juillet 2010, pour un total de 142 prélèvements tel qu'inscrit au tableau 14. Le nombre de kilomètres parcourus pour retourner les échantillons au laboratoire est une source de gaspillage en raison de la distance parcourue en plus du temps infirmier à sans valeur ajoutée. Si l'utilisateur requiert un prélèvement par semaine pendant deux mois et qu'il demeure à 15 km du laboratoire, l'infirmière parcourt 60 km supplémentaire pour apporter les prélèvements au laboratoire. En suggérant qu'un kilomètre prend environ une minute à parcourir, il s'agit de 60 minutes de temps infirmier à non valeur ajoutée uniquement pour le transport de prélèvement pour un usager. De plus, le transport des échantillons engendre une série de manipulations : le transfert des échantillons de la maison à l'auto puis de l'auto au laboratoire, parfois de l'auto au point de services puis du point de services au taxi qui l'apporte ensuite au laboratoire.

Tableau 14 : Nombre de demande de RNI du 21 juin au 16 juillet 2010

SEMAINE DÉBUTANT LE	21 JUIN	28 JUIN	5 JUILLET	12 JUILLET	TOTAL
NOMBRE DE RNI	45	23	31	43	142

#### 4.3.6 Organisation du matériel

L'observation de l'environnement accompagné d'entrevues informelles avec les infirmières de l'équipe du SAD ont permis de faire état de l'organisation du matériel en date de juin 2010.

*Le rangement.* Dans un premier temps, en juin 2010, l'espace de rangement du matériel utilisé par les infirmières du SAD est majoritairement réparti dans une salle au centre du local ainsi que dans deux placards. Le matériel dans le local est étalé sur cinq tablettes apposées à quatre murs. La tablette supérieure est accessible à l'aide d'un banc. Une poutre de soutien obstrue légèrement l'accès aux matériels situés dans un coin de la salle. Plus de la moitié de l'espace sur l'un des murs est réservé au stockage de compresses stériles. Le matériel préparé à l'avance pour les visites du lendemain est classé par secteur et déposé dans des paniers au sol, sous la dernière tablette. Somme toute, le matériel est disposé proprement. Selon l'ASI, des boîtes contenant les commandes peuvent parfois se retrouver au sol dans l'attente d'être rangé. Le matériel est classé en fonction de la fréquence de l'usage du produit. Il n'y a pas d'identification du matériel ni de code de rangement. Un tableau à l'entrée de la salle permet aux infirmières de noter les produits manquants au cours de la semaine.



L'un des placards sert majoritairement à l'entreposage des boîtes contenant les sacs collecteurs pour les stomies. La dimension des stomies peut varier en fonction de la personne, mais elle est habituellement de dimension standard. Or, il a été constaté qu'une grande variété de dimensions est disponible mais inutilisée. D'autres types de matériel peu utilisés tels que les jaquettes d'isolement, les lunettes et masques protecteurs en cas de pandémie, le matériel d'enseignement et d'autres matériels excédentaires sont répartis dans les deux placards.

*La commande.* La commande est habituellement faite par les infirmières au courant de la fin de semaine ou lorsque possible pendant la semaine. Cette tâche n'a pas été observée pendant la collecte de données parce qu'elle est effectuée à des moments aléatoires. Cependant, les infirmières consultées à ce sujet rapportent prendre de 15 minutes à 2 heures pour faire la commande. L'écart de temps peut être justifié par des commandes particulières, des interruptions pendant la tâche, de l'habitude à effectuer la tâche et en raison de la recherche fastidieuse dans le feuillet de commande. Le matériel est listé par ordre alphabétique dans un document de 27 pages. La nomenclature utilisée par le magasin dans le formulaire de commande diffère des expressions employées par les infirmières au quotidien. Par exemple, le pansement adhésif «Hypafix», utilisé pour couvrir certaines plaies postopératoires, est identifié par l'expression «Ruban adhésif chirurgical». Une perte de temps peut être occasionnée par la recherche du produit sous les termes «Pansement» ou «Hypafix». De plus, la liste de commande regroupe tout le matériel utilisé en SAD. L'inclusion du matériel rarement commandé dans la liste alourdit la tâche de la commande en raison du nombre de pages et de produits à

examiner, tels que les valves pour les appareils à pression, le nécessaire à bureau (sans distinction des autres produits de soins) et les outils cliniques en format papier (p. ex., plans thérapeutiques infirmiers).

La quantité de matériel à commander est déterminée en fonction des espaces libres sur les étagères et des besoins indiqués au tableau par les infirmières. Les quotas sont inexistantes. Les commandes en deçà de 1000\$ doivent être approuvées par l'ASI. Il a été constaté par l'ASI et par le responsable du magasin que des quantités importantes sont commandées par inadvertance en raison des formats à l'unité ou à la boîte. Par exemple, une commande de 100 boîtes d'aiguilles a été demandée alors que la quantité désirée était de 100 aiguilles. Lorsque ces commandes sont invraisemblables, le responsable du magasin doit bloquer la commande et confirmer auprès de l'ASI. Si la livraison se faisait, elle engendrait un stockage de matériel inutile, limiterait l'espace dans le local et occasionnerait des pertes de temps associées au rangement ou au retour du matériel au magasin. Certaines commandes sont intentionnellement faites de façon à ne pas manquer de matériel. C'est le cas notamment des pansements sous succion nécessitant beaucoup de matériel sur une période donnée. Les usagers ayant besoin de ce type de soins sont peu fréquents. Il faut aussi noter que la livraison du magasin prend rarement plus de 24 heures. Au moment de la première collecte de données, six boîtes contenant plus ou moins dix ensembles d'éponges pour faire les pansements sous succion étaient en réserve et près de la moitié étaient expirées ou en voie d'être expirées au cours des prochaines semaines. Aucun traitement nécessitant des pansements sous succion n'était en cours.

Selon le formulaire du magasin, le coût des éponges peut varier entre 49, 62\$ à 62,17\$ l'unité, ce qui totalise une dépense inutile de plus de 3, 500\$.

#### **4.4 Constats et analyse des données**

##### *4.4.1 Instabilité de l'équipe d'infirmières au SAD*

Lors de l'observation du fonctionnement de l'équipe, il a été constaté que certains éléments contribuaient à l'instabilité du personnel en place. Premièrement, le remplacement des infirmières est difficile, voire absent lors des vacances et des congés pour des raisons de formation. La présence quasi régulière de l'équipe volante pour obtenir le ratio d'infirmière de base, soit 84 heures par semaine, fragilise l'équipe pour répondre aux besoins supplémentaires puisqu'elle ne dispose pas d'infirmière remplaçante supplémentaire. De plus, la non conciliation des choix de vacances entre l'équipe régulière et l'équipe volante fait en sorte que deux infirmières peuvent s'absenter pendant les mêmes semaines ce qui crée des manques sans remplacement pendant les vacances.

Les congés prolongés pour cause de maladie amènent des changements fréquents d'infirmières dans les secteurs 1 et 4. L'absence d'une infirmière régulière responsable des secteurs fait en sorte que chaque remplaçante doit prendre le temps de lire et comprendre le plan de soins pour chaque usager avant d'intervenir, ce qui peut allonger le temps de préparation. De plus, l'infirmière remplaçante doit prendre le temps d'établir une relation de confiance avec l'usager. Lorsqu'il y a un changement fréquent d'infirmière la documentation est d'autant plus essentielle au suivi. Par ailleurs, selon l'ASI les dossiers actifs n'ayant pas reçu d'intervention pendant plus de 90 jours se

trouvaient majoritairement dans le secteur 1, ce qui suggère une gestion des dossiers plus étroite dans les secteurs ayant une infirmière régulière.

Certaines contraintes organisationnelles sont associées au poste à temps partiel qui est combiné avec les services de santé courante à Saint-Alexis-des-Monts. D'abord, l'infirmière occupant le poste est peu présente au Centre Comtois où sont les bureaux du SAD. Elle débute ses visites à 9h00 dans le secteur 4 (St-Alexis-des-Monts). Elle ne fait pas de prélèvements sanguins puisque le taxi transportant les prélèvements du point de services de St-Alexis-des-Monts quitte à 9h00 pour apporter les échantillons à l'Hôpital de Louiseville. Elle termine entre 12h00 et 13h00 sans retourner au Centre Comtois. Ce faisant, elle peut uniquement desservir la clientèle du secteur 4 puisque le Centre de services de St-Alexis-des-Mont se situe à près de 40 km du Centre Comtois. Généralement, l'infirmière occupant le poste combiné assure uniquement les suivis des usagers à long terme (p. ex., les PALV) et elle prend à sa charge un nombre limité d'usagers puisqu'elle est rarement présente au Centre Comtois. Son remplacement est problématique parce qu'une seule infirmière de l'équipe volante est formée pour travailler à la fois en SAD et en santé courante.

#### *4.4.2 Rôles, tâches et fonctions*

D'une part, le poste de l'ASI et de l'agente administrative ont été ajoutés à l'équipe du SAD au cours des deux dernières années avant le début du projet. La description de leurs rôles, tâches et fonctions est inexistante. Le remplacement de ces postes peut être problématique s'il n'est pas planifié puisqu'il n'existe pas de description de leur travail. D'autre part, une infirmière clinicienne a intégré l'équipe moins d'un an

avant le projet. Aucune distinction n'est fait quant aux tâches et fonctions qu'elle effectue. La venue prochaine d'infirmières auxiliaires dans l'équipe faite en sorte qu'il est nécessaire de clarifier et documenter les rôles, les tâches et les fonctions entre les infirmières auxiliaires, techniciennes et cliniciennes au sein de l'équipe.

#### *4.4.3 Planification des visites*

La planification des visites est dynamique et dépend de plusieurs facteurs qui tendent à modifier la planification jusqu'à la journée même des visites. Elle dépend d'abord du ratio d'infirmières disponibles. Les suivis à long terme sont fréquemment déplacés afin de prioriser les suivis fixes (p. ex., soins post opératoires, RNI, injections, soins palliatifs, etc.). Il y a beaucoup d'énergie et de personnes mobilisées à l'organisation et aux prélèvements des RNI. Par ailleurs, les trajets sont élaborés selon la connaissance du territoire par l'infirmière en plus de devoir concilier les priorités de soins (p. ex., faire les prélèvements avant les changements de pansement). Dans ce contexte, il est parfois difficile d'optimiser le trajet de façon à réduire les distances. Finalement, il y a plusieurs sources de gaspillage dans la planification des visites en ce qui concerne la logistique de l'information. Il y a des répétitions de l'information sur différents outils ce qui causent une perte de temps infirmier associée à plusieurs manipulations : transcription du tableau hebdomadaire, déplacement des fiches cartonnées, mise à jour du cartable journalier, transcription au cardex et notes infirmières.

#### *4.4.4 Transport des prélèvements sanguins*

Le transport des prélèvements de la maison de l'utilisateur au laboratoire de l'hôpital de Louiseville occasionne des déplacements supplémentaires à l'infirmière parce qu'elle doit respecter des délais entre le moment du prélèvement et le dépôt des échantillons au laboratoire. Ce faisant, il y a gaspillage du temps infirmier lorsque l'infirmière doit interrompre son trajet pour retourner vers l'hôpital. Le temps de voyage n'ajoute pas de valeur au service offert à l'utilisateur.

#### *4.4.5 Ressources informatiques*

Les ressources informatiques sont insuffisantes à la consultation rapide et régulière des outils informatiques tels que le RSIPA et l'index des techniques de soins. Il y a deux ordinateurs utilisés majoritairement pour effectuer l'entrée des statistiques en après-midi pour l'équipe d'infirmière. L'ASI dispose de son propre ordinateur.

#### *4.4.6 Poste d'assistante supérieure immédiate*

Le poste d'ASI est essentiel à la coordination des services parce qu'elle assure une présence en tout temps sur les lieux du Centre Comtois. Elle permet aux infirmières qui sont sur la route d'avoir accès à certaines informations ou clarifie certaines techniques de soins. Elle est une ressource clinique importante. De plus, elle a la responsabilité d'égaliser la charge de travail entre les secteurs et elle s'assure d'avoir un ratio minimal d'infirmières pour offrir les services nécessaires. Elle est en mesure de répondre aux demandes de services tout au long de la journée. Cependant, son rôle clinique est limité par les nombreuses tâches cléricales.

#### *4.4.7 Poste d'adjointe administrative*

La présence de l'adjointe administrative, qui effectue les appels aux usagers concernant les prélèvements sanguins, crée les requêtes informatiques pour les prélèvements et qui prépare le matériel à ponction veineuse, permet d'augmenter le temps infirmier dédié aux activités à valeur ajoutée telles que les soins directs. Cependant, lorsqu'elle s'absente, les infirmières doivent prendre en charge ses activités en plus de leur travail habituel; situation qui cause un stress à l'équipe. Les infirmières doivent offrir les mêmes services de soins à domicile en l'absence du personnel de soutien. Son poste n'est pas remplacé pendant les vacances. Le temps assigné au SAD est partagé aléatoirement avec le service de nutrition limitant les tâches pouvant lui être déléguées.

#### *4.4.8 Réserve et utilité propre*

Tel que mentionné précédemment, le matériel disponible dans l'utilité propre est dispersé entre une salle et deux placards. Il n'existe pas d'inventaire, de quotas et le matériel n'est pas identifié. Certains produits sont disponibles en très grande quantité (compresses stériles) limitant l'espace.

#### *4.4.9 Suivis des usagers*

Les interventions infirmières sont fréquentes pour le trouble envahissant du développement, soit, 20 interventions pour un usager entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010. Ces interventions ne requièrent pas toujours la présence d'une infirmière. Elles pourraient être partagées avec les autres intervenants. Également, les suivis en santé mentale sont parfois assumés par les infirmières de SAD alors qu'il y a une infirmière attitrée à la santé mentale au CSSSM, soit 262 interventions entre le 23 mai 2009 et le 22 mai 2010.

## 4.5 Recommandations

### 4.5.1 Stabilité de l'équipe

- ✓ Inclure l'équipe volante dans les choix de vacances du secteur de SAD pour équilibrer le manque de ressources infirmières pendant la période estivale ;
- ✓ Offrir un remplacement à TCR pour combler le manque de personnel infirmier dû aux congés de maladie et au programme de pré-retraite ainsi que pour améliorer la stabilité des secteurs 1 et 4. La présence d'une infirmière responsable dans un secteur assure un suivi adéquat et facilite le travail des autres infirmières qui ont à intervenir pour aider ou pour remplacer. De plus, la responsabilité d'un territoire fixe permet à l'infirmière de développer des stratégies de protection pour économiser son énergie et coordonner les soins (Cloutier et al., 2006) ;
- ✓ Réévaluer les points conflictuels du poste combiné;

### 4.5.2 Rôles, tâches et fonctions

- ✓ Documenter les rôles, les tâches et les fonctions des nouveaux postes d'ASI et d'adjointe administrative;
- ✓ Différencier les rôles, les tâches et les fonctions de l'infirmière clinicienne de ceux de l'infirmière technicienne et s'il y a lieu, de l'infirmière auxiliaire.

### 4.5.3 Standardisation de la planification des visites

- ✓ Assurer le nombre requis d'infirmières afin de permettre une planification réaliste de la semaine à venir;
- ✓ S'équiper de quatre appareils portatifs pour la mesure du RNI afin de limiter les transports de prélèvements, diminuer les coûts associés, augmenter la disponibilité infirmière pour des tâches à valeur ajoutée (soins directs), faciliter l'autonomie de l'utilisateur et réduire les interventions invasives. L'Annexe C présente l'analyse des coûts.
- ✓ Utiliser un seul programme informatique pour la planification des visites afin de regrouper les divers outils actuels et éliminer les répétitions;
- ✓ Offrir la possibilité d'utiliser un programme de gestion des routes (p. ex., MapQuest).



#### *4.5.4 Transport des prélèvements sanguins*

- ✓ Favoriser le groupement des prélèvements sanguins à des journées spécifiques de la semaine;
- ✓ Faire appel aux services de navette pour le transport des prélèvements.

#### *4.5.5 Ressources informatiques*

- ✓ Intégrer un programme informatique facilitant la prise de note, la gestion des usagers dont la planification des visites;
- ✓ Fournir un poste informatique par poste de travail;
- ✓ Favoriser l'utilisation informatique en éliminant les documents papiers (éviter les doublons);
- ✓ Offrir des formations sur les outils informatiques.

#### *4.5.6 Poste d'assistante supérieure immédiate*

- ✓ Dégager l'ASI des tâches cléricales;
- ✓ Favoriser les compétences cliniques de l'ASI;
- ✓ Favoriser le leadership de l'ASI au sein de l'équipe.

#### *4.5.7 Poste d'adjointe administrative*

- ✓ Réévaluer les tâches pouvant être effectuées par l'adjointe administrative afin d'optimiser le travail infirmier (p.ex., préparation de matériel, planification des visites, entrée des données informatiques, etc.) et augmenter le nombre d'heures disponibles;
- ✓ Formation d'une autre personne pouvant remplacer l'adjointe administrative;
- ✓ Assigner l'adjointe administrative à temps complet au soutien à domicile.

#### *4.5.8 Réserve et utilité propre*

- ✓ Identifier le matériel;
- ✓ Faire un 5S

#### *4.5.9 Suivis des usagers*

- ✓ Réévaluer les besoins en soins infirmiers pour certains types d'usagers dont la clientèle ayant des troubles de santé mentale ainsi que celle ayant un trouble envahissant du développement;
- ✓ Identifier périodiquement la proportion des différents types d'usager selon le secteur de façon à évaluer les besoins spécifiques.

#### 4.6 Changements effectués

Les changements qui ont été mis en place et qui ont fait l'objet d'une seconde prise de données sont : la délégation de tâches à l'agente administrative; l'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement; la conscientisation à l'entrée des données statistiques; la réorganisation du matériel selon la méthode 5S; l'intégration temporaire de deux infirmières auxiliaires. En mars 2011, la chercheure a fait parvenir une analyse de coût relative à l'acquisition d'appareil portatif mesurant le RNI en quelques secondes à l'aide d'un échantillon capillaire à la manière des glucomètres. L'analyse, à l'annexe C, suggère un montant minimal de 6,65\$ pour un prélèvement avec ponction veineuse pour un usager comparativement à un montant de 5,07\$ avec l'appareil mesurant l'échantillon capillaire. Aucune démarche n'a été entreprise pour l'acquisition des appareils, Cependant, le projet fait l'objet de discussions entre les pharmaciens et les infirmières.

Il est à noter que l'ensemble des recommandations émises suite à la première collecte de données n'ont pas pu être mise en place. Toutefois, l'organisation du travail infirmier est en constante progression. Selon le CSSSM, l'intégration d'une solution informatique regroupant notamment les notes infirmières et les outils cliniques dans un appareil tactile à l'usage des infirmières, l'ouverture de postes permanents d'infirmières auxiliaires permanents et l'acquisition d'appareil portatif pour l'analyse des RNI sont des éléments à envisager au cours de la prochaine année. Ces derniers pourront faire l'objet d'une étude complémentaire.

#### *4.6.1. La délégation de tâches à l'agente administrative*

La délégation des tâches cléricales s'est fait progressivement à la suite de la présentation de la première collecte de données. L'ASI a déterminé les tâches pouvant être remises à l'agente administrative. L'ASI a soutenu l'agente administrative dans l'acquisition des nouvelles tâches. Aucun document écrit n'a été développé à cet effet.

#### *4.6.2 L'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement*

En réponse à un grief déposé en 2010 par l'équipe du SAD, trois postes de rehaussement à temps partiel ont été ajoutés à l'équipe en date du 2 mai 2011. En moyenne, chaque poste offre 21 heures par semaine de travail infirmier à l'équipe du SAD. Selon l'entente avec le CSSSM, les postes de rehaussement ne peuvent pas obtenir de remplacement en cas de maladie ou toutes autres absences prolongées.

#### *4.6.3. La conscientisation à l'entrée des données statistiques*

La cible ministérielle du Plan stratégique 2005-2010 visait une augmentation de l'ordre de 16% de l'intensité de soins chez la clientèle en PALV de SAD afin d'offrir 25 interventions à domicile par année tous services confondus. Tel qu'énoncé dans la revue de la littérature, le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec dont fait partie le CSSSM, a atteint l'objectif pour l'année 2009-2010 (Allaire, 2010; MSSS, 2005a). Toutefois, lorsque les gestionnaires ont été rencontrés en mai 2010, les cibles n'étaient pas atteintes au CSSSM malgré l'effort constant. Il a été suggéré que certains usagers recevant des soins ponctuels, tel qu'un prélèvement sanguin, étaient entrés par erreur dans le profil d'intervention des personnes en PALV. Les usagers recevant des services ponctuels peuvent être visités jusqu'à une fois par trois mois et demeurer actifs. Ce faisant, le nombre d'usagers en PALV augmentait, mais ces usagers n'étaient pas visités

deux fois par mois tel que le suggérait la cible ministérielle puisque leur condition ne nécessitait pas un tel suivi. En avril 2011, la clarification des critères utilisés lors l'entrée des données statistiques a fait l'objet de rencontre d'équipe. Selon l'ASI, deux réunions d'équipe ont été consacrées à l'explication des critères PALV et à l'impact des statistiques sur l'atteinte des cibles ministérielles. De plus, l'archiviste de son côté a fait en sorte que le profil d'intervention soit entré par défaut dans le système informatique afin que les différents services s'entendent sur le profil qui convient à l'utilisateur.

#### *4.6.4 La réorganisation du matériel selon la méthode 5S*

Au printemps 2011, les gestionnaires et les employés ont soulevé un intérêt à réorganiser le matériel de l'utilité propre dans une seule pièce et de simplifier la tâche associée à la commande de matériel. Ceci avait pour objectif de dégager l'espace de rangement et d'aménager l'environnement de façon à ce que le matériel utilisé fréquemment soit accessible, visible et classé selon sa fonction. Par conséquent, il a été suggéré de procéder à cette réorganisation selon la méthode des 5S du modèle Toyota. En juin 2011, un bref exposé a été fait à l'ASI et les infirmières présentes quant aux principes du 5S, suite à quoi, deux chercheuses du LIRISS ont soutenu l'ASI pour initier les quatre premiers S : supprimer l'inutile, situer les choses, faire scintiller et standardiser les règles. L'activité s'est déroulée sur une journée et a permis de supprimer le matériel inutilisé ou périmé. Par la suite, le matériel a été regroupé dans une seule salle. La standardisation a été débutée par l'identification des produits ainsi que l'espace réservé dans la salle pour ce matériel. L'identification de quotas quant au matériel à commander a aussi été débutée. En améliorant le rangement, le temps infirmier associé à la commande ainsi que l'élimination des erreurs qui entraînent un surplus de matériel ont été réduits.

Bien que la présence des membres de l'équipe infirmière ait été fortement suggérée par la chercheure, la charge de travail au SAD ne leur permettaient pas de s'impliquer au moment de la réorganisation. Toutefois, plusieurs d'entre elles y ont assisté par moment. Un résumé de la méthode des 5S, tel qu'illustré à l'annexe D, a été remis aux infirmières.

#### *4.6.5 L'intégration temporaire de deux infirmières auxiliaires*

Pendant la période s'étendant du 28 juillet au 7 octobre 2011, deux infirmières auxiliaires provenant du centre d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) ont été déplacées temporairement au SAD. Le CHSLD disposait d'infirmières auxiliaires supplémentaires dans leur équipe de travail ce qui a justifié leur déplacement dans l'équipe du SAD. L'intégration des infirmières auxiliaires n'a pas été prévue par l'équipe du SAD. Elles étaient présentes deux jours par semaine, totalisant 28 heures par semaine.

### **Deuxième collecte de données (octobre 2011)**

#### **4.7 Portrait de la clientèle au CSSSM**

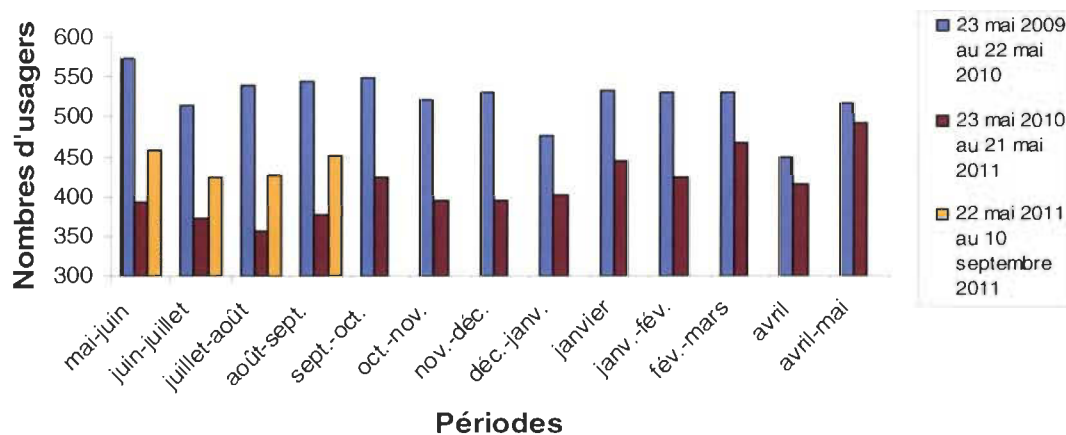
La seconde collecte de données porte sur : le nombre d'utilisateurs et d'interventions, la durée d'intervention, la répartition des postes et des heures de travail infirmier, le nombre de rappels et d'heures supplémentaires, la distance à parcourir et l'organisation du matériel. Les données entre les secteurs n'ont pas été comparées telle qu'à la première collecte parce qu'il n'y a pas eu de changement dans la gestion organisationnelle des secteurs. Également, la cartographie des processus cliniques et administratifs n'a pas été reprise puisque aucun changement n'a été fait dans ce sens. Finalement, les données concernant l'ouverture et la fermeture de dossiers et le type de soins dispensés n'ont pas fait l'objet d'une seconde collecte de données parce que les statistiques obtenues à partir

de I-CLSC tel le nombre d'usagers ou d'interventions par profil d'intervention, étaient suffisantes pour faire état de l'évolution de la clientèle.

#### 4.7.1 Nombre d'usagers par période financière

Un même usager est comptabilisé une fois par période financière même s'il reçoit plus d'une visite. Un usager recevant des services à long terme est comptabilisé de nouveau à chaque période financière. Tel que montré au graphique 20, entre le 24 avril et 21 mai 2011 le nombre d'usagers était à son plus haut (491) et à son plus bas (357) entre le 19 juillet et 15 avril 2011. La moyenne d'usagers par période financière est de 419, soit près de 100 usagers de moins que pour les données recueillies à la première collecte. De façon générale, il y a eu moins d'usagers actifs par période financière entre le 23 mai 2011 et le 10 septembre 2011. Le nombre d'utilisateur n'est pas représentatif du nombre d'intervention effectuée.

Graphique 20: Nombre d'usagers par période financière entre le 23 mai 2009 et le 10 septembre 2011



#### *4.7.2 Nombre d'interventions par profil d'intervention*

La seconde prise de données a permis de constater que le ratio d'interventions par usager a augmenté chez la clientèle recevant des soins palliatifs. Il y a près de quatre interventions de plus pour chaque usager en soins palliatifs entre mai 2010 et mai 2011 en tenant compte qu'il y a eu 11 usagers de moins comparativement à l'année précédente tel qu'il est possible de constater au tableau 15 . Par ailleurs, lors de la première collecte de données, il a été constaté qu'un seul usager classé sous le profil du TED avait reçu 20 interventions au cours de l'année. Le personnel a été questionné quant à la nature des soins reçus et il a été soulevé que certaines visites ne nécessitaient pas de soins infirmiers et qu'elles pourraient être prise en charge par d'autres types d'intervenants.

Lors de la seconde collecte de données, le ratio a été réduit à deux interventions par usager. Le Tableau 15 indique que le ratio d'interventions par usager pour les soins en post opératoire ont diminué de près de deux interventions par usager avec un ratio de 5,06 (versus 7,44 à la premier collecte de données) et ce, malgré la baisse du nombre de cas post opératoires. Il est possible que le nombre d'usager en post opératoire diminue en raison du changement de profil d'intervention (p. ex., soins post opératoire qui sont transférés en PALV) ou du transfert des usagers vers les services de santé courante c'est-à-dire que les usagers se rendent au point de services pour recevoir les soins. La clientèle en PALV a aussi bénéficié d'une hausse du nombre d'interventions en passant de 11,37 à 15,02 interventions par usager. Toutefois, lors de la collecte de données en octobre 2011, certaines infirmières ont soulevé quelques ambiguïtés quant à la définition des critères du profil PALV lors de l'entrée des données statistiques. Il y a eu un total de 1288 usagers

entre le 23 mai 2010 et le 22 mai 2011 ainsi que 12 559 interventions réalisées par les infirmières à domicile.

Tableau 15 : Nombre d'utilisateurs et d'interventions distinctes selon le profil d'intervention entre le 23 mai 2010 et le 10 septembre 2011

	Profils d'intervention	23 mai 2010 au 22 mai 2011			23 mai 2011 au 10 septembre 2011
		U	I	Ratio Interventions /usager	Ratio Interventions /usager
110	Phase postopératoire	227	1271	5,60	5,82
121	Soins palliatifs	58	770	13,28	10,88
131	Santé physique liée au sida	1	1	1,00	0
191	Autre santé physique court terme	130	322	2,48	2,30
192	Autres services de santé physique	169	393	2,33	2,20
210	Services liés à une déficience physique	74	1092	14,76	6,21
311	Déficience intellectuelle	47	306	6,51	3,10
312	Trouble envahissant du développement	1	2	2,00	1,00
410	Services pour troubles mentaux	39	259	6,64	3,19
710	Perte d'autonomie liée au vieillissement	542	8143	15,02	7,76
	<b>Total</b>	<b>1288</b>	<b>12 559</b>		

U = Utilisateurs distincts

I = Interventions distinctes

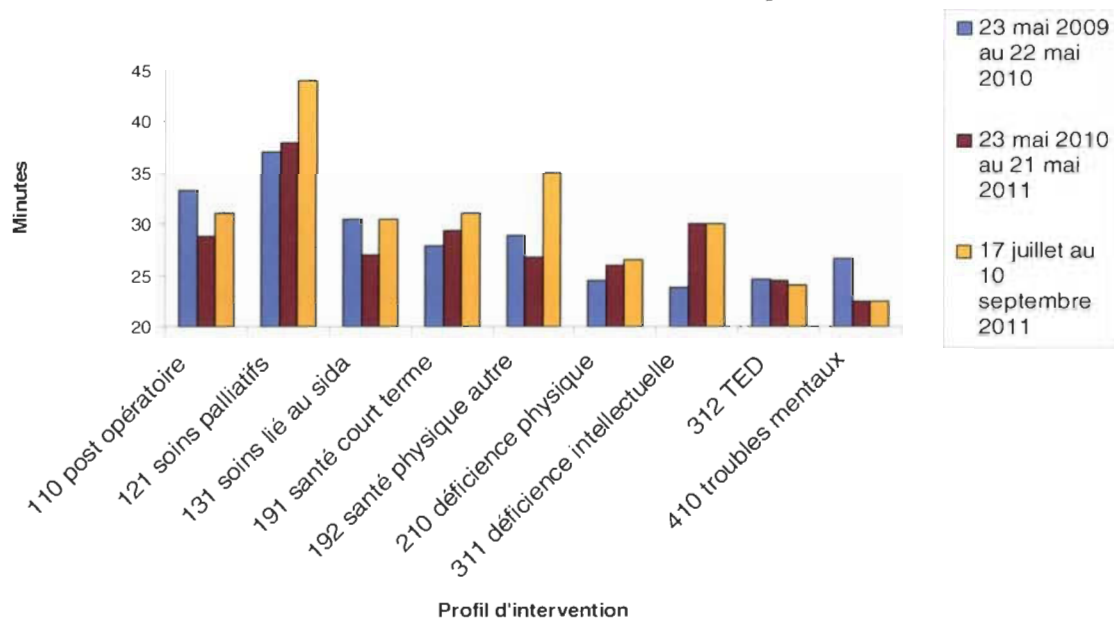
#### 4.7.3 Durée moyenne d'intervention

Tel que l'indique le graphique 21, les durées d'intervention moyennes selon les profils d'intervention montrent que les interventions associées aux soins palliatifs (121) et aux soins post opératoires (110) demeurent les interventions qui demandent le plus de temps à accomplir soit respectivement 38 et 29 minutes entre mai 2010 et juillet 2011. Les périodes financières débutant le 17 juillet jusqu'au 10 septembre 2011 sont



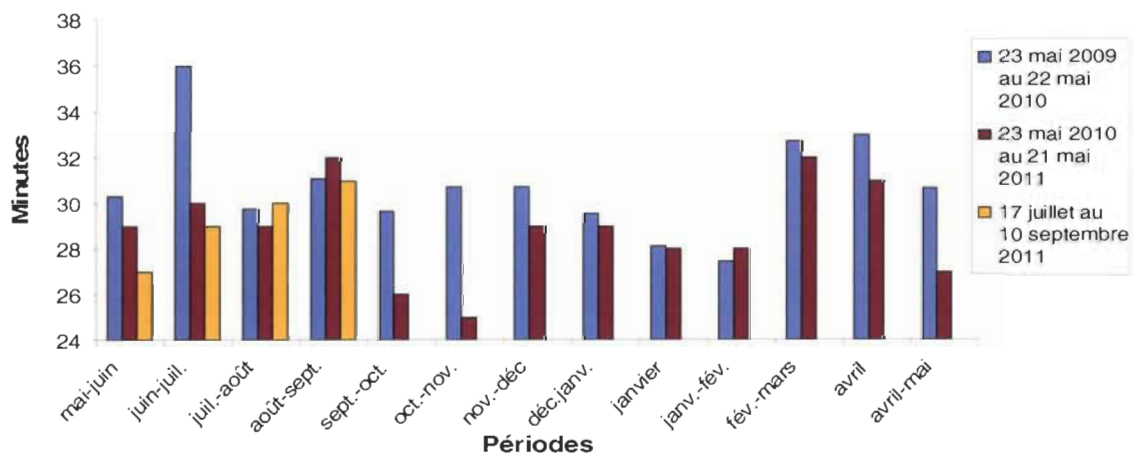
représentées séparément parce qu'elles correspondent à l'intégration des infirmières auxiliaires au SAD. Sachant qu'elles étaient majoritairement responsables des prélèvements et des injections, leur présence aurait pu avoir eu un impact sur les soins de santé physique à court terme (191), les autres services de santé physique (192). Toutefois, il est difficile de cibler avec exactitude les autres profils d'intervention où elles sont intervenues, tel un changement simple de pansement post opératoire. De plus, la fluctuation du temps d'intervention peut avoir été influencée par d'autres éléments dont les besoins d'évaluations lorsque l'état clinique se détériore. Néanmoins, la comparaison permet de noter une légère augmentation de la durée moyenne d'intervention pour les services de santé courante (191) ainsi que pour les services liés à une déficience physique (192). L'augmentation de la durée d'intervention de près de 5 minutes chez la clientèle en soins palliatifs entre le 17 juillet et le 10 septembre 2011 coïncide avec la collaboration des infirmières auxiliaires. Ainsi, en libérant les infirmières des soins ponctuels, tel que les prélèvements sanguins, les infirmières sont en mesure d'offrir plus de temps pour intervenir auprès des usagers en fins de vie, ce qui est en accord avec les objectifs ministérielles ainsi que le rôle de l'infirmière à domicile.

Graphique 21: Durée moyenne d'intervention selon le profil d'intervention entre le 23 mai 2009 et le 10 septembre 2011



Au graphique 22 sont présentées les durées moyennes d'intervention, tous profils confondus, par période financière. De façon générale, il y a une augmentation de la durée d'intervention de février à avril. Les interventions de la première collecte prenaient en moyenne 2 à 5 minutes de plus que lors de la seconde collecte dans les mois d'avril, mai juin, juillet, septembre et octobre. Cette variation n'a pas été expliquée.

Graphique 22: Durée moyenne d'intervention tous les profils d'intervention confondus du 23 mai 2009 au 10 septembre 2011



## **4.8 Portrait de l'organisation du SAD au CSSSM**

### *4.8.1 Répartition des postes infirmiers et nombre d'heures associées*

En octobre 2011, les sept postes à TCR sont comblés par des titulaires de poste du SAD, seul le poste occupé par une infirmière en pré-retraite génère un besoin de remplacement régulier de 14 heures par semaine. À partir de septembre 2011, le poste d'ASI nécessite un remplacement temporaire de 35 heures par semaine en raison d'un congé prolongé d'un minimum de trois mois. Il a été ajouté à la figure 10 représentant la répartition des postes en octobre 2011. Lorsque nécessaire, le manque d'effectif est comblé par l'équipe volante. Toutefois, en réponse à un grief déposé en 2010 par l'équipe du SAD, trois postes de rehaussement à TP ont été ajoutés à l'équipe en date du 2 mai 2011. De façon générale, chaque poste de rehaussement permet d'obtenir en moyenne 21h de travail infirmier de plus par semaine, variant en fonction des disponibilités et des besoins. Les postes de rehaussement ne sont pas remplacés pendant les vacances ou lors d'une maladie prolongée.

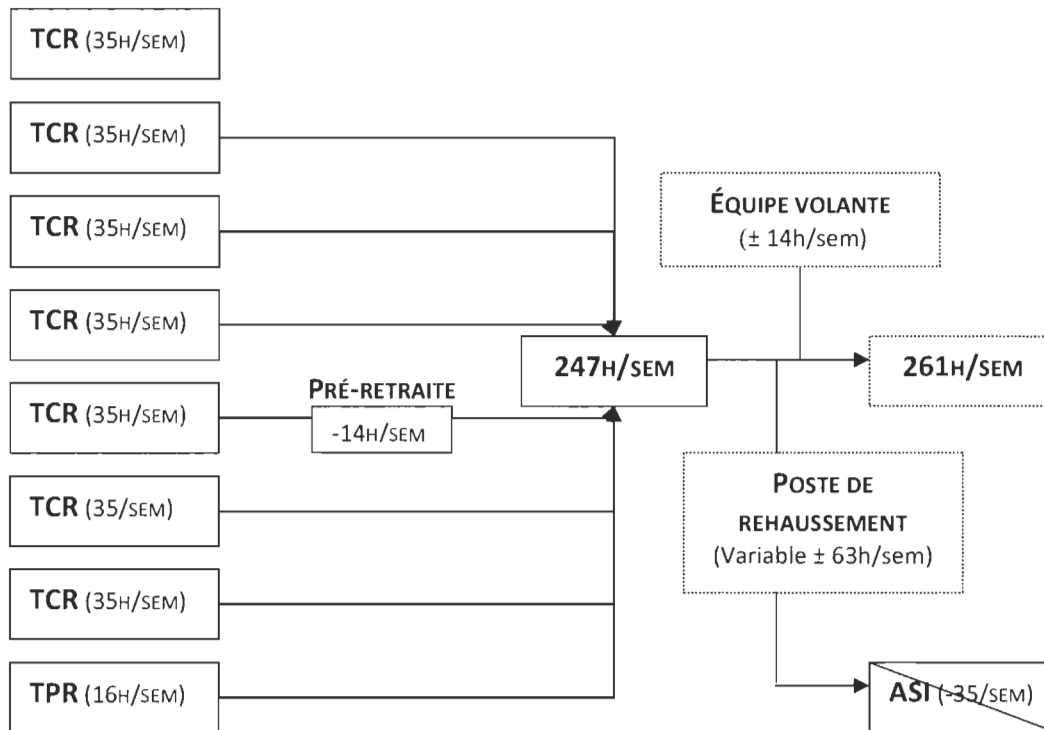


Figure 10 : Répartition des heures de travail infirmier selon les disponibilités en date du 11 octobre 2011

#### 4.8.2 Délégation de tâches cléricales

À l'automne 2011, l'agente administrative est en poste à temps complet, mais partage de façon aléatoire son temps avec le service de nutrition, ce qui ne permet pas de comptabiliser ses heures au SAD. L'ASI lui a délégué certaines tâches cléricales telles que l'assignation informatique de l'infirmière à l'usager, la transcription de données statistiques mensuelles, le cheminement des demandes de services et la transmission de l'information à l'infirmière responsable. Les descriptions des tâches de l'agente administrative et de l'ASI demeurent inexistantes. Le poste de l'agente administrative ne dispose pas de remplaçante en cas de maladie ou lors des vacances. Par ailleurs, les tâches

infirmières que l'agente avait pris en charge avant le début de l'étude sont demeurées les mêmes soit : l'impression des étiquettes nécessaire aux prélèvements, la préparation du matériel à ponction veineuse et les appels aux usagers relatifs au prélèvement. L'agente administrative a rapporté ne pas être en mesure de répondre à toutes les demandes en raison des interruptions fréquentes par les différents professionnels.

#### *4.8.3 Infirmières auxiliaires*

Les infirmières auxiliaires qui ont été intégrées temporairement à l'équipe, ont majoritairement travaillé à Louiseville dans le secteur 2 et dans le secteur 1 pour compléter leur journée. Elles étaient sur la route toute la journée, alors que les infirmières font les visites à domicile uniquement l'avant-midi. La proximité de ces secteurs permettait un encadrement plus étroit et évitait un gaspillage de temps dans le cas où un usager nécessitant la visite d'une infirmière. Occasionnellement, les infirmières ont dû retourner chez un usager dans la même semaine pour une évaluation ou pour reprendre une ponction veineuse.

L'intégration des infirmières auxiliaires n'a pas été planifiée. Certaines infirmières ont déploré le manque de suivi et d'évaluation générale quant à l'état de santé des usagers puisque l'infirmière auxiliaire n'est pas habile à évaluer la condition clinique de l'usager. D'un autre côté, certaines infirmières ont apprécié avoir le temps de remplir les plans thérapeutiques infirmiers (PTI) qui étaient souvent négligés. Elles ont d'ailleurs fait usage de cet outil pour planifier les soins que l'infirmière auxiliaire devait faire. Par exemple, l'infirmière responsable qui connaissait la condition d'insuffisance cardiaque de l'usager, ajoutait ces tâches à l'infirmière auxiliaire qui allait faire une ponction

veineuse : la pesée, l'observation de la présence d'œdème aux membres inférieurs et la présence de bruits respiratoires audibles à l'oreille. Somme toute, la gestion du travail infirmier en coopération avec une infirmière auxiliaire a été organisée au meilleur des connaissances de l'infirmière responsable. Le partage des tâches différait selon les infirmières.

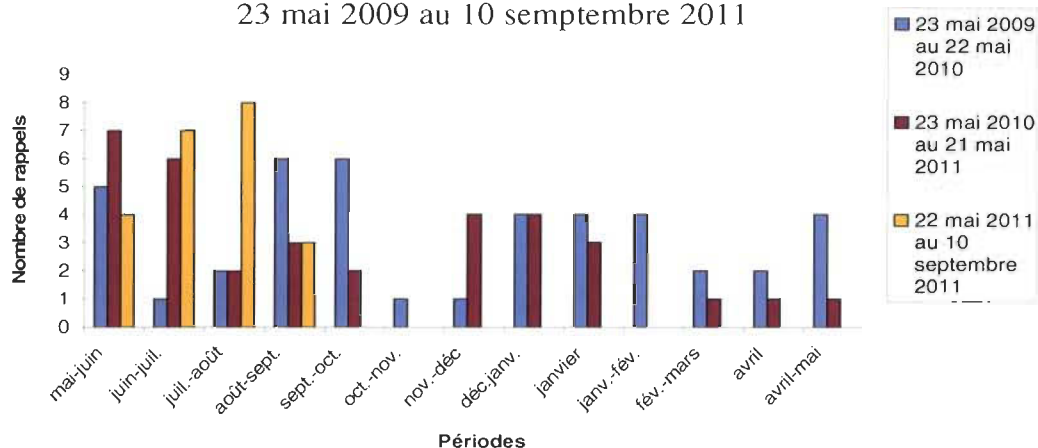
#### *4.8.4 Répartition du temps infirmier*

À l'automne 2011, la répartition du temps infirmier entre les secteurs était identique. Le surplus d'heures obtenues par les postes de rehaussement permettait d'effectuer des AVA telles que la certification des résidences, la vaccination et l'implication dans des projets cliniques. Lorsque questionnées sur l'impact des postes de rehaussement, les infirmières ont noté une plus grande stabilité du personnel, une amélioration de la gestion du personnel en période de vacances ainsi qu'une amélioration de la flexibilité des horaires. Également, certaines ont noté la rétention d'expertise des infirmières qui ont eu les postes de rehaussement, notamment, en ce qui concerne l'utilisation du RSIPA, la possibilité de remplacement de l'ASI et du poste combiné avec la santé courante. Cependant, la flexibilité obtenue par les postes de rehaussement ne permet pas encore de temps pour la formation continue.

#### *4.8.5 Nombre de rappels et d'heures supplémentaires par période*

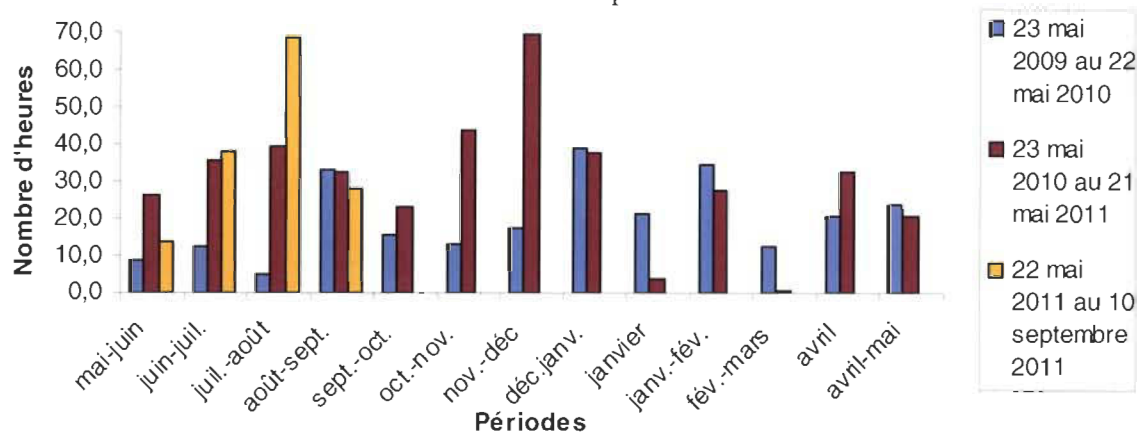
Le nombre de rappels varie d'aucun à huit par période. De façon générale, pendant les mois de mai à août et de novembre à décembre 2011 il y a eu quatre rappels et plus par période financière. Le graphique 24 présente le nombre de rappels par période.

Graphique 23: Nombre de rappels par période du 23 mai 2009 au 10 septembre 2011



Un total de 392 heures supplémentaires a été comptabilisé dans l'équipe d'infirmières au SAD entre mai 2010 et mai 2011. De façon générale, il y a eu plus d'heures supplémentaires par période à partir de mai 2010 tel que l'indique le graphique 24. En comparant le graphique 23 illustrant le nombre de rappels par période et le graphique 24 décrivant le nombre d'heures supplémentaires par période, il est possible de constater des variations similaires de mai à septembre 2011. Ce faisant, les heures supplémentaires pendant cette période pourraient être associées aux besoins des usagers en dehors des heures régulières du SAD. Il est à noter également qu'à partir de mai 2011, les postes de rehaussement sont entrées en vigueur augmentant le nombre d'infirmières ayant un poste permanent au SAD ce qui a pu réduire les besoins en temps supplémentaire.

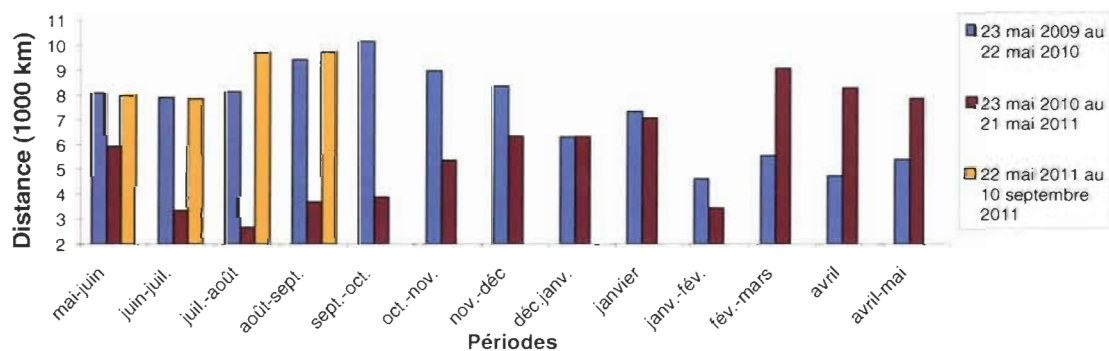
Graphique 24: Nombre d'heures supplémentaires par période du 23 mai 2009 au 10 septembre 2011



#### 4.8.6 Distance à parcourir

Le nombre de kilomètre (km) total parcouru par les infirmières du SAD entre mai 2010 et mai 2011 est de 73 360. De mai à juin 2011, il y a eu une hausse importante de la distance parcourue, soit 8000 km ou plus par période alors qu'en 2010, ces mois étaient associés à moins de 6000 km tel que présenté au graphique 25. Une seconde hausse du kilométrage totalisant un parcours de 8000 km et plus par période a été constatée entre février et mai 2010. La présence d'infirmière auxiliaire de juillet à septembre semble associée à une augmentation de 2000 km de plus que dans les autres périodes financières.

Graphique 25: Distance parcourue (km) par période financière du le 23 mai 2009 et le 10 septembre 2011





#### *4.8.7 Organisation du matériel*

Un suivi a été fait avec l'ASI un mois après l'intervention du 5S. L'ensemble des quotas a été défini et le matériel a été identifié. Lors de la collecte de données en octobre 2011, des infirmières se sont impliquées à l'ajustement des quotas. Elles ont rapporté avoir manqué de matériel à certains moments en raison des besoins variables, ce qui rend l'identification de quotas fixes plus difficiles. Le regroupement dans une salle et l'identification du matériel ont facilité la commande pour les infirmières. Pour la plupart, le temps accordé à la commande a été réduit d'environ la moitié. Toutefois, une infirmière a mentionné n'avoir vu aucune différence après la réorganisation. Une autre a rapporté être contrainte à faire la commande à toutes les semaines alors qu'auparavant, une seule commande était faite par mois. Entre juillet et octobre 2011, une seule erreur entraînant un surplus de matériel a été constatée par l'ASI. La liste de matériel n'a pas été modifiée.

## **CHAPITRE V**

### **DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

L'organisation du travail en SAD est un processus de changement continu. La présente étude a recueilli des données quantifiables et observables à deux reprises entre mai 2010 et octobre 2011 de façon à témoigner des changements qui ont eu lieu et des effets sur l'organisation. L'analyse et la présentation des résultats au CSSSM se sont inspirées des principes du modèle Toyota, une approche qui coïncide avec l'objectif ministériel d'intégrer cette philosophie dans le système de santé québécois (AQESSS, 2011). Pendant la durée de l'étude, cinq principaux changements ayant une portée sur le travail infirmier en SAD au CSSSM ont fait l'objet d'une analyse plus poussée :

- La délégation de tâches à l'agente administrative;
- L'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement;
- La conscientisation à l'entrée des données statistiques;
- La réorganisation du matériel selon la méthode 5S;
- L'intégration temporaire de deux infirmières auxiliaires.

Il est à noter que seul la réorganisation du matériel selon la méthode du 5S a été planifiée en collaboration avec l'équipe de SAD du CSSSM. L'impact des autres changements effectués par le CSSSM sur le travail infirmier en SAD a été mesuré selon des indicateurs recueillis à la première collecte de données : le nombre d'utilisateurs et d'interventions, la durée d'intervention, la répartition des postes et des heures de travail infirmier, le nombre de rappels et d'heures supplémentaires, la distance parcourue et l'organisation du matériel. Des entrevues informelles et l'observation ont permis de compléter la mesure de l'impact des changements sur le travail infirmier.

## **5. Les changements survenus**

### *5.1 La délégation de tâches à l'agente administrative*

Parmi les pistes de solution émises suite à la première collecte de données, il a été soulevé de déléguer certaines tâches sans valeur ajoutées à l'agente administrative dans le but d'élargir la responsabilité clinique et le leadership de l'ASI. Cette restructuration avait pour but de répondre à un des principes importants du modèle Toyota qui est de construire une équipe exceptionnelle. L'ASI dispose du leadership nécessaire pour réunir l'équipe vers une culture d'amélioration continue, mais elle ne dispose pas du temps nécessaire. En ce sens, quelques tâches sans valeur ajoutée ont été déléguées telles que l'assignation informatique de l'infirmière à l'utilisateur, le cheminement des demandes de services, la transmission des informations à l'infirmière responsable. Ces tâches ont été transmises à l'agente administrative avec le suivi de l'ASI. Somme toute, le dégagement des quelques tâches cléricales n'a pas suscité le développement de projet clinique par l'ASI pendant la durée de l'étude. La description des fonctions de l'ASI est essentiel à la compréhension de son travail afin d'intégrer le rôle de leadership clinique à son travail.

La possibilité de dégager les infirmières de certaines activités sans valeur ajoutée est difficilement envisageable selon les membres de l'équipe en raison de l'étendue de la charge de travail de l'agente administrative. D'une part, bien qu'il ait été suggéré de définir les tâches de l'agente administrative et celle de l'ASI lors de la présentation des pistes d'amélioration, aucune définition de tâches n'étaient disponibles au moment de la seconde collecte de données. L'ambiguïté relative à la charge de travail de l'ASI et de l'agente administrative ne permet pas d'instaurer un système de travail d'équipe logique

et optimal. D'autre part, le temps que l'agente administrative consacre aux tâches du service de nutrition et à l'équipe de soins infirmiers est réparti aléatoirement. À cet effet, il serait recommandé d'établir la liste des tâches et fonctions de l'agente administrative et de l'ASI. Ensuite, la cartographie d'une semaine de travail type permettrait d'optimiser la coexistence des diverses tâches. La participation de l'agente administrative est fortement suggérée de façon à favoriser l'amélioration continue et à poursuivre la philosophie Toyota. De plus, le détail des activités de l'ASI et de l'agente administrative pourrait être représenté sous forme de canevas de travail pour faciliter leur remplacement et éviter la surcharge de travail aux infirmières du SAD en cas d'absence.

### *5.2 L'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement*

L'ouverture de trois postes d'infirmière suite à un grief déposé par l'équipe du SAD en 2009 appuyé de la cartographie sur la répartition de heures de travail infirmier présentée au CSSSM a eu plusieurs retombées positives sur l'organisation du travail infirmier. Lors de la première collecte de données le manque de personnel infirmier en SAD créait un besoin régulier de 84 heures par semaine. Lors de la seconde collecte, une moyenne 63 heures par semaine était comblée par les postes de rehaussement. Dans un premier temps, les infirmières ayant des expertises variées en SAD ont pu demeurer dans l'équipe et assurer une stabilité du personnel soutenant l'équipe de base. Cet ajout a permis d'appliquer un principe important provenant de la philosophie Toyota qui est de mettre en place une équipe motivée possédant un savoir faire, une condition essentielle à l'amélioration continue (Liker, 2009). Ceci a pu être constaté par la diminution des besoins de l'équipe volante, en passant de 84 heures à moins de 14 heures par semaine. Dans un deuxième temps, les tâches connexes telles que la certification des résidences, la

vaccination, le remplacement de l'ASI ainsi que le remplacement des infirmières pendant les vacances ont pu être effectuées sans causer de réduction de personnel dans l'équipe de base. La disponibilité des infirmières a offert une marge de manœuvre aux infirmières en termes de réaménagement des horaires, de remplacement lors des vacances ou maladie. Cet aspect est non négligeable pour maintenir la motivation des infirmières et leur offrir des conditions facilitant l'application de stratégies de protection (Cloutier et al., 2006).

Dans un avenir rapproché, il serait profitable d'introduire des heures réservées à des projets cliniques telles que la formation continue ou l'intégration des infirmières auxiliaires. L'implication des infirmières oeuvrant dans le milieu stimulerait la culture d'amélioration continue dans l'équipe du SAD. L'engagement des infirmières dans des projets cliniques donnerait un sentiment de satisfaction et d'appropriation du milieu tel qu'observé dans une étude impliquant le personnel dans la réorganisation Lean d'un établissement de transfusion (Bertholey et al., 2009). Toutefois, plusieurs tâches ne faisant pas partie des soins directs à domicile (p. ex., réunion multidisciplinaire, planification des visites, révision des dossiers) peuvent être qualifiées de tâches invisibles parce que le budget alloué au CSSS est calculé en fonction du nombre d'utilisateurs et d'interventions effectuées (Cloutier et al., 2008). Ce mode de budgétisation peut nuire au développement de projet clinique car l'infirmière ne travaille pas à effectuer des soins directs. En ce sens, la reconnaissance des projets d'amélioration par le milieu et par le gouvernement est essentielle à la continuité de l'amélioration des soins offerts aux utilisateurs.

### *5.3 La conscientisation à l'entrée des données statistiques dans I-CLSC*

Les statistiques obtenues à partir de I-CLSC sont des indicateurs du fonctionnement des services infirmiers à domicile. Une représentation statistique erronée peut mener le CSSSM à investir de l'énergie et de l'argent vers des actions moins prioritaires. Il est donc impérial d'obtenir des données justes quant aux services offerts par l'équipe de soins en SAD. Il s'agit d'une base utilisée par le MSSS pour cibler des objectifs à moyen et long terme dans le but d'améliorer les soins de santé. À cet égard, les gestionnaires du CSSSM ont tenté d'expliquer à plusieurs reprises les raisons qui justifiaient l'incapacité d'atteindre la cible ministérielle visant deux rencontres par mois chez les usagers en PALV tous services confondus.

Après la première collecte de données, il a été constaté qu'un certain nombre d'usagers recevant des soins ponctuels étaient injustement classés sous le profil des PALV, ce qui augmentait faussement le nombre d'usagers en PALV et diminuait le ratio d'intervention par usager. Ce faisant, les gestionnaires ont modifié leur approche. En plus d'encourager les infirmières à planifier des visites régulières chez la clientèle en PALV, ils ont concentré leurs efforts à conscientiser l'équipe à l'entrée des données statistiques selon les critères provinciaux.

Le ratio moyen d'interventions par usager était de 11,37 lors de la première pour la période de mai 2009 à mai 2010 comparativement à un ratio de 15,02 interventions par usager pour la période entre mai 2010 et mai 2011. En observant le ratio, il est difficile d'attribuer cette augmentation uniquement à l'intensification des visites parce que le retrait des usagers ne correspondant pas aux critères de PALV entraînerait aussi un ratio

plus élevé. Cependant, il est à noter qu'il y a eu une nette augmentation du nombre d'interventions effectuées au cours la seconde période (hausse de 1205 interventions) alors que le nombre d'utilisateurs a diminué de 58. Cette hausse suggère une réelle augmentation des services de soins pour la clientèle en PALV, sans exclure un ajustement des données statistiques (soit le retrait des utilisateurs ne correspondant pas aux profils de PALV).

Il en est de la responsabilité des gestionnaires et du MSSS de mettre en place les conditions facilitant la standardisation de l'entrée des données. Lors de la seconde collecte de données, les infirmières questionnées au sujet des profils d'intervention ne s'entendaient pas sur l'étendue des critères des utilisateurs en PALV. Cette ambiguïté est une source de dysfonctionnement prenant racine au moment de l'entrée des données. À titre d'amélioration, il faut instaurer un mécanisme permettant de limiter les erreurs lors de l'entrée des données dans le système I-CLSC. À cet effet, une option dans le système informatique pourrait détailler certains critères qu'il suffirait de sélectionner pour obtenir le profil d'intervention. Une vérification de la compréhension des critères pourrait également faire l'objet d'une réunion d'équipe.

Par ailleurs, il a été constaté que le nombre d'utilisateurs desservis entre le 23 mai 2009 et 22 mai 2010 était près de 100 utilisateurs de plus par période financière qu'entre le 23 mai 2010 et le 22 mai 2011. Toutefois, en comparant le nombre d'interventions par utilisateur entre les deux périodes, il est possible de constater une hausse importante des interventions et une diminution de la clientèle totale (12 559 interventions pour 1288



usagers versus 11562 pour 1324 usagers). Ces variations suggèrent qu'il y a eu une plus grande intensité de soins. Bien que significative, la diminution du nombre d'usagers n'est pas expliquée. L'augmentation des interventions pourrait être associée à l'ajout des postes d'infirmière et, possiblement, à un déplacement des usagers vers les services de santé courante aux points de services du CSSSM.

#### *5.4 La réorganisation du matériel*

Le réaménagement du matériel effectué lors de cette étude a permis de standardiser certains aspects relatifs à la commande et au rangement. D'abord, l'élimination du matériel rarement utilisé a facilité l'accessibilité en regroupant le nécessaire dans une seule pièce. Ensuite, la mise en place de quotas a fait en sorte d'éliminer les commandes surabondantes nécessitant la gestion de l'espace. Par ailleurs, l'identification du matériel a fait en sorte que l'appellation standard du magasin est facilement associée à l'appellation commune, facilitant ainsi la commande et réduisant le temps accordé à la tâche. De plus, le matériel manquant s'est avéré être plus évident visuellement. De façon générale, après la réorganisation, le temps dédié à la commande était de 30 minutes alors qu'il pouvait prendre jusqu'à deux heures auparavant. Certaines infirmières ont remarqué une diminution du temps associé à la commande de matériel alors que d'autres n'ont pas noté de changement. Toutefois, il a été soulevé que la réduction des quotas et les besoins variables pour certains types de pansements augmentait la fréquence des commandes. Les cinq S de la méthode Toyota ont été appliqués une première fois. Cependant, il s'agit d'un cycle continu à poursuivre par

l'équipe du SAD. L'ajustement des quotas par les infirmières démontre une appropriation du projet.

Des éléments d'amélioration quant au matériel pourront faire l'objet de projets futurs. D'abord, l'utilisation du programme informatique pour la commande de matériel déjà disponible dans le système de gestion Magistra utilisé par le CSSSM peut réduire le temps associé à la commande. Ensuite en libérant l'infirmière des tâches incluant la commande du matériel et le rangement parce que ce sont des ASVA qui réduisent le temps infirmier dédié aux activités cliniques. La gestion de matériel est d'ailleurs une tâche effectuée par le personnel de soutien dans les centres hospitaliers du Québec. La délégation de cette tâche à un personnel non infirmier optimiserait le temps et le travail clinique des infirmières du SAD.

#### *5.5 L'intégration des infirmières auxiliaires à l'équipe de soins infirmiers du SAD*

Le rapport émis par le CSSSM à la suite de la réorganisation majeure qui a eu lieu entre 2005 et 2008 faisait état de la pénurie d'infirmière et de la nécessité d'optimiser le travail infirmier en SAD. L'intégration des infirmières auxiliaires à domicile faisait partie de la réorganisation du travail à venir au cours des prochaines années. À l'été 2011, deux infirmières auxiliaires provenant du CSSSM se sont jointes à l'équipe pour une période d'environ deux mois. Cet ajout s'est fait sans prévoir une réorganisation du travail par l'équipe du SAD. Les infirmières ont été contraintes à une restructuration rapide du fonctionnement. Les prélèvements sanguins, les injections et d'autres soins non complexes à proximité du CSSSM leur ont été réservés. Pour certaines infirmières, cet ajout a permis de mettre à jour les PTI et de s'en servir pour établir les soins à prodiguer

et les éléments à surveiller lors des visites faites par l'infirmière auxiliaire. D'un autre côté, certaines infirmières ont dû se rendre sur les lieux pour une évaluation de l'usager, multipliant les déplacements. En général, la durée des interventions et le nombre d'heures supplémentaires n'ont pas subi de variation significative au cours de la période correspondant à l'intégration des infirmières auxiliaires. Toutefois, la clientèle en soins palliatifs a bénéficié d'une augmentation de la durée d'intervention de près de 5 minutes pendant la période où il y a eu une collaboration avec les infirmières auxiliaires. L'augmentation de la durée d'intervention suggère une optimisation du travail parce que l'infirmière passe plus de temps auprès de l'usager. Dans ce contexte, la collaboration avec les infirmières auxiliaires peut avoir contribué en libérant les infirmières des soins ponctuels (prélèvements sanguins). Le kilométrage parcouru a également subi une hausse significative soit, 2000 km de plus par période financière que lors des périodes précédentes. Cette hausse de la distance parcourue peut être associée à des facteurs externes tel que les travaux routiers parce que qu'elle a aussi été constatée lors de la première collecte de données alors que les infirmières auxiliaires étaient absentes.

Néanmoins, l'ajout d'employés ayant des responsabilités différentes des infirmières et devant travailler de pairs avec elles aurait bénéficié d'une planification réfléchie sur l'organisation du travail infirmier ainsi que des expériences des autres centres qui ont intégré les infirmières auxiliaires au SAD. L'intégration officielle des infirmières auxiliaires au SAD du CSSSM devra prévoir l'implication des infirmières provenant de l'équipe du SAD appuyé de l'infirmière clinicienne responsable du projet. De plus, une cartographie des activités représentant la coopération de l'infirmière

auxiliaire avec l'infirmière responsable permettrait d'éviter des sources de gaspillage en terme de temps et d'énergie. Finalement, la description écrite des tâches de l'infirmière auxiliaire facilitera la restructuration du travail en SAD.

Avant cette intégration, il faudra tenir compte des besoins de l'équipe puisque l'infirmière auxiliaire ne peut effectuer d'évaluation. À cet effet, le nombre de demande de prélèvements ponctuels comptabilisés par l'ASI est un indicateur du travail en termes de temps pouvant être dédié aux infirmières auxiliaires. À titre d'exemple, entre mai 2009 et mai 2010, le nombre de demandes initiales pour un prélèvement ponctuel était de 286. Ce calcul est essentiel pour déterminer le nombre d'heures de travail par semaine où le CSSSM bénéficierait d'une infirmière auxiliaire. Ce calcul ne peut être fait avant de déterminer avec exactitude l'étendue des tâches pouvant être assumées par l'infirmière auxiliaire. C'est pourquoi il devient prioritaire de décrire les rôles, les tâches et les fonctions des infirmières auxiliaires, techniciennes et cliniciennes.

## CONCLUSION

## **6.1 Synthèse des résultats**

Ce projet est une démonstration que certains principes du modèle Toyota peuvent s'appliquée dans des contextes de travail non séquencé en SAD, où les étapes pour arriver à offrir des soins à domicile ne se suivent pas de façon linéaire tel que dans une chaîne de production industrielle. Pendant la durée de l'étude cinq principaux changements dans l'organisation du travail infirmier ont été mis de l'avant par le CSSSM.

La délégation de tâches à l'agente administrative a permis de dégager l'ASI de plusieurs tâches cléricales. Aucun impact direct n'a été constaté sur le travail des infirmières. Cependant, un obstacle à la délégation de tâches infirmières à l'agente administrative a pu être identifié. L'absence de définition des rôles, tâches et fonction des membre de l'équipe rende la collaboration difficile. Une même tâche parfois assumé par l'agente administrative, l'ASI ou l'infirmière faite en sorte que le partage des tâches est irrégulier et discontinu (agente administrative non remplacé lors des congés).

L'ouverture de trois postes d'infirmière de rehaussement a eu un impact direct sur la répartition du travail infirmier. Les manques d'effectif infirmier limitait notamment la marge de manœuvre dans la planification des horaires et obligeait certaines infirmières à parcourir une plus grande distance. L'amélioration à ce niveau a été constatée d'abord par des besoins réguliers de l'équipe volante, en passant de 84 heures à moins de 14 heures par semaine. Aussi, les tâches connexes, tel que le remplacement des infirmières pendant

les vacances, ont pu être effectuées sans causer de réduction de personnel dans l'équipe de bases.

La conscientisation à l'entrée des données statistique peut avoir contribué à l'augmentation des ratios d'interventions par usagers en PALV (15,02 versus 11,37) en retirant les usagers qui ne correspondant pas aux critères PALV pour les classer sous un différent profil. Il ne faut pas exclure cependant, une réelle augmentation de l'intention de soins due à l'augmentation de l'effectif infirmier ou l'optimisation générale du travail infirmier. L'augmentation du nombre d'interventions effectuées au cours la seconde période mesurée était de 1205 interventions alors que le nombre d'usagers a diminué de 58. Lorsque questionnée à ce sujet certaines infirmières ont soulevés des incertitudes quant aux critères définissant les profils d'intervention.

Après la réorganisation du matériel selon la méthode 5S le temps moyen dédié à la commande rapportée par les infirmières était de 30 minutes alors qu'il pouvait prendre jusqu'à deux heures auparavant. La poursuite du 5S s'est faite par les infirmières de l'équipe. Certaines infirmières ont remarqué que la réduction des quotas et les besoins variables pour certains types de pansements augmentaient la fréquence des commandes. Une seule erreur dans la commande a été notée à la suite de la réorganisation du matériel.

L'intégration temporaire de deux infirmières auxiliaires n'a pas été planifiée par le CSSSM. L'impact sur le travail infirmier a été pour certaines infirmières la possibilité de remplir les PTI. L'augmentation de la durée d'intervention de près de 5 minutes chez

la clientèle en soins palliatifs entre le 17 juillet et le 10 septembre 2011 coïncide avec la collaboration des infirmières auxiliaires. L'augmentation de la durée d'intervention suggère une optimisation du travail parce que l'infirmière passe plus de temps auprès de l'usager. Dans ce contexte la collaboration avec les infirmières auxiliaires peut avoir y contribué en libérant les infirmières des soins ponctuels (prélèvements sanguins). D'un autre côté, certaines infirmières ont dû se rendre sur les lieux pour une évaluation plus complète de l'usager, multipliant les déplacements. Le kilométrage parcouru a subi une hausse significative soit, 2000 km de plus par période financière que lors des périodes précédentes, mais correspondant à la hausse connu lors de la première collecte de données.

## **6.2 Les limites de l'étude**

L'étude s'est inscrite d'abord dans le cadre d'un suivi des activités d'amélioration par la réorganisation du travail infirmier en SAD au CSSSM. Ce faisant, les changements qui ont eu lieu n'ont pas été introduits par la chercheure. Les données recueillies par la chercheure ont été analysées en s'inspirant du modèle Toyota de même que les pistes d'amélioration qui ont été suggérées au CSSSM. À cet effet, plusieurs données ont été recueillies lors de la première collecte dans le but premier d'offrir une représentation objective générale de l'organisation du travail infirmier au SAD. Les données concernant la clientèle ainsi que toutes autres données qui n'étaient pas directement influencées par les changements n'ont pas fait l'objet d'une seconde analyse.

Par ailleurs, le CSSSM a choisi d'adopter une des pistes de solution suggérée soit, la réorganisation du matériel selon la méthode des 5S du modèle Toyota. La chercheure



était présente lors de cette réorganisation pour initier l'équipe au cinq S et débiter les premières étapes. Bien qu'il soit peu profitable d'appliquer les principes Lean de façon isolée, la méthode des 5S a été appliquée pour répondre à un besoin précis de restructuration. La philosophie Toyota ne pouvait être appliquée dans son ensemble car la récente réorganisation du travail ne laissait pas place à un nouveau changement. De plus, l'étude se limitait aux activités des infirmières en SAD. Il faut noter que les services de SAD tels qu'ils ont été repensés par la politique *Chez soi, le premier choix*, sont le résultat d'un effort commun entre différents professionnels de la santé oeuvrant à domicile. L'influence des autres services sur le fonctionnement infirmier n'est donc pas à négliger.

### **6.3 Implication pour la pratique et la recherche**

L'étude a pris place dans une dynamique d'amélioration continue au CSSSM. Les principes de gestion du modèle Toyota ont contribué à orienter ces améliorations. L'utilisation de la méthode des 5S dans la réorganisation du matériel et des activités associées suggère la possibilité de développer le modèle Toyota en SAD. Les projets futurs tels que l'informatisation des dossiers nécessitera une restructuration organisationnelle. Le CSSS pourra alors bénéficier des développements de cette présente étude telle que la cartographie de la planification des rendez-vous pour construire un outil informatique reproduisant le cheminement cognitif nécessaire.

Les futures activités de recherche qui s'installeront dans l'objectif démontré la possibilité d'appliquer certains principes du Modèle Toyota devront s'attarder à établir la liste des AVA et des ANVA dans le travail infirmier en SAD. Suite à quoi, la

cartographie des activités non séquencées de l'infirmière au quotidien pourrait faire l'objet d'une étude supplémentaire. Il serait intéressant de cartographier le travail infirmier avant l'intégration du logiciel parce qu'il est souhaitable que son utilisation permette d'effectuer des activités de façon plus séquencée. Par exemple, les notes au dossier pourront être faites pendant la visite ou immédiatement après.

La gestion du travail est essentielle au développement professionnel des infirmières (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). La recherche en sciences infirmières doit se pencher sur l'organisation du travail infirmier de façon à mettre en place des conditions basées sur des données probantes et facilitant l'exercice de la profession. La gestion du travail infirmier peut bénéficier de l'avancement scientifique découlant de disciplines diverses. Toutefois, l'implication des infirmières est primordiale pour adapter les principes généraux à la pratique.

## RÉFÉRENCES

- ACSP. (2010). *La pratique en santé publique/en santé communautaire au Canada: Rôle et activités*. Ottawa: Association canadienne de santé publique.
- ACSSD. (2010). Les soins à domicile en 2020: Une vision pour la santé, l'autonomie et la dignité. Page consultée le 2011-04-12 de <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2336>.
- AIIC. (2011). Certification de l'AIIC. Page consultée le 2011-04-12 de [http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/certification/specialties/default\\_f.aspx](http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/certification/specialties/default_f.aspx).
- AIISCC. (2008). *Normes canadiennes de pratiques des soins infirmiers en santé communautaire*. Toronto: Association des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada.
- AIISCC. (2010). *Compétences en soins infirmiers à domicile*. Toronto: Association des Infirmières et Infirmiers en Santé Communautaire du Canada.
- Al-Araidah, O., Momani, A., Khasawneh, M., & Momani, M. (2010). Lead-time reduction utilizing lean tools applied to healthcare: the inpatient pharmacy at a local hospital. *Journal for Healthcare Quality: Official Publication of The National Association for Healthcare Quality*, 32 (1), 59-66.
- Allaire, J.-D. (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Trois-Rivières: Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- AQESSS. (2011). Organisation du travail. Page consultée le 2011-04-15 de [http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode\\_Lean\\_\(Approche\\_Toyota\).aqesss](http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode_Lean_(Approche_Toyota).aqesss).
- Beauregard, S. (2007a). Infolettre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées de Montréal. *Info-RSIPA*, 1(2). Document consulté le 2007-07-14 de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs38701>.
- Beauregard, S. (2007b). Infomètre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées de Montréal. *Info-RSIPA*, 1(1), 6. de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs38700>.
- Béland, F., Howard, B., Dallaire, L., Fletcher, J., Lebel, P., Monette, J., et al. (2004). Évaluation du Système Intégré pour Personnes Âgées fragiles (SIPA): utilisation et coûts des services sociaux et de santé.
- Benitez, Y., Forrester, L., Hurst, C., & Turpin, D. (2007). Hospital reduces medication errors using DMAIC and QFD. *Quality Progress*, 40 (1), 38-45.
- Bertholey, F., Bourniquel, P., Rivery, E., Coudurier, N., & Follea, G. (2009). Work organisation improvement methods applied to activities of Blood Transfusion Establishments (BTE): Lean Manufacturing, VSM, 5S. *Transfusion Clinique et*

- Biologique: Journal de la Société Française de Transfusion Sanguine*, 16 (2), 93-100.
- Bureau, C., & Gosselin, S. (2010). *Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) de Sherbrooke* : Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Cacioppe, R. (1997). Implementing successful change. *Management* (juin), 25-28.
- Chevrier, M., Turcotte, C., Lafontaine, D., & Godbout, M. (2009). Positionnement de I-CLSC aux besoins des utilisateurs. (1). Document consulté le 2011-07-13 de [http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/res\\_membres/Documentation/ICLSC\\_positionnement.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/res_membres/Documentation/ICLSC_positionnement.pdf).
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2008). Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety. *Work*, 30 (4), 389-402.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I., et al. (2006). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*.
- CSSSM. (2008). *Rapport final. Création du réseau local de services et projet d'alignement de l'organisation du travail*.
- CSSSM. (2009). *Le Plan d'action local de santé publique 2009-2012*.
- CSSSM. (2010). *Plan d'organisation du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé*.
- David, H., Cloutier, E., Prévost, J., & Teiger, C. (1999). Pratique infirmière, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec. *Recherches féministes*, 12 (1), 43-62.
- Deshaies, C., Labrie-Gauthier, M., & Leprohon, J. (2010). Lignes directrices: L'exercice infirmier en santé communautaire Soutien à domicile. Westmount: Ordre des infirmières et infirmier du Québec.
- Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Gillot, V. (2010). Bilan régional de déploiement [ressource électronique] : bilan régional de déploiement : référence : volet généralités, élément P17 de la trousse de déploiement RSIPA. 192. Document consulté le 2011-07-14 de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2007941>.

- Grabau, M., & Padgett, S. (2008). Lean laboratories: competing with methods from Toyota. *Laboratory Medicine*, 39 (11), 645-648.
- Hohmann, C. (2009). Performance Industrielle et logistique, Management et Qualité. Page consultée le 2011-04-12 de <http://chohmann.free.fr/5S/index.html>.
- Huynh, T., & Nadon, M. (2007). Rouages de la collaboration infirmière-infirmière auxiliaire dans les soins de plaies. *Perspectives infirmières*, 5 (2), 12-22.
- ISQ (2009). Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. de [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom\\_sante\\_mars08.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_mars08.pdf).
- Jacobsen, J. (2008a). Emergency Department Prescribers Lean for process Improvement. *The American Society for Quality*, 1-4. Document consulté le 2011-02-07
- Jacobsen, J. (2008b). St.Luke's Hospital Breaks Out of the Pack to Improve Patient and Physician Satisfaction. *The New England Journal of Medicine*, 1-5.
- Jallas, E. (2011). Lean manufacturing. Page consultée le 2011-11-16 de <http://www.lysippe.com/spip.php?article2>.
- Jones-Roberts, A. (2008). Change management in a home care nursing service: a partnership to improve organization performance. *Home Health Care Management & Practice*, 21 (1), 54-60.
- Kim, C., S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine* 1(3), 191-199.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 71-79.
- Lesage, A., Contandriopoulos, A. P., & Reinharz, D. (1999). La désinstitutionnalisation dans un grand hôpital psychiatrique québécois depuis 1989: analyse des besoins de soins, des coûts et des aspects organisationnels.
- Lewin, K. (Éd.). (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. New York: Harper & Row.
- Liker, J. (2009). *Le modèle Toyota 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise* (M. Sperry, Trad.). Paris: Pearson Education France.
- Liker, J., & Meier, D. (2008). *Talent Toyota Les hommes au coeur de la réussite*. Paris: Pearson Education France.

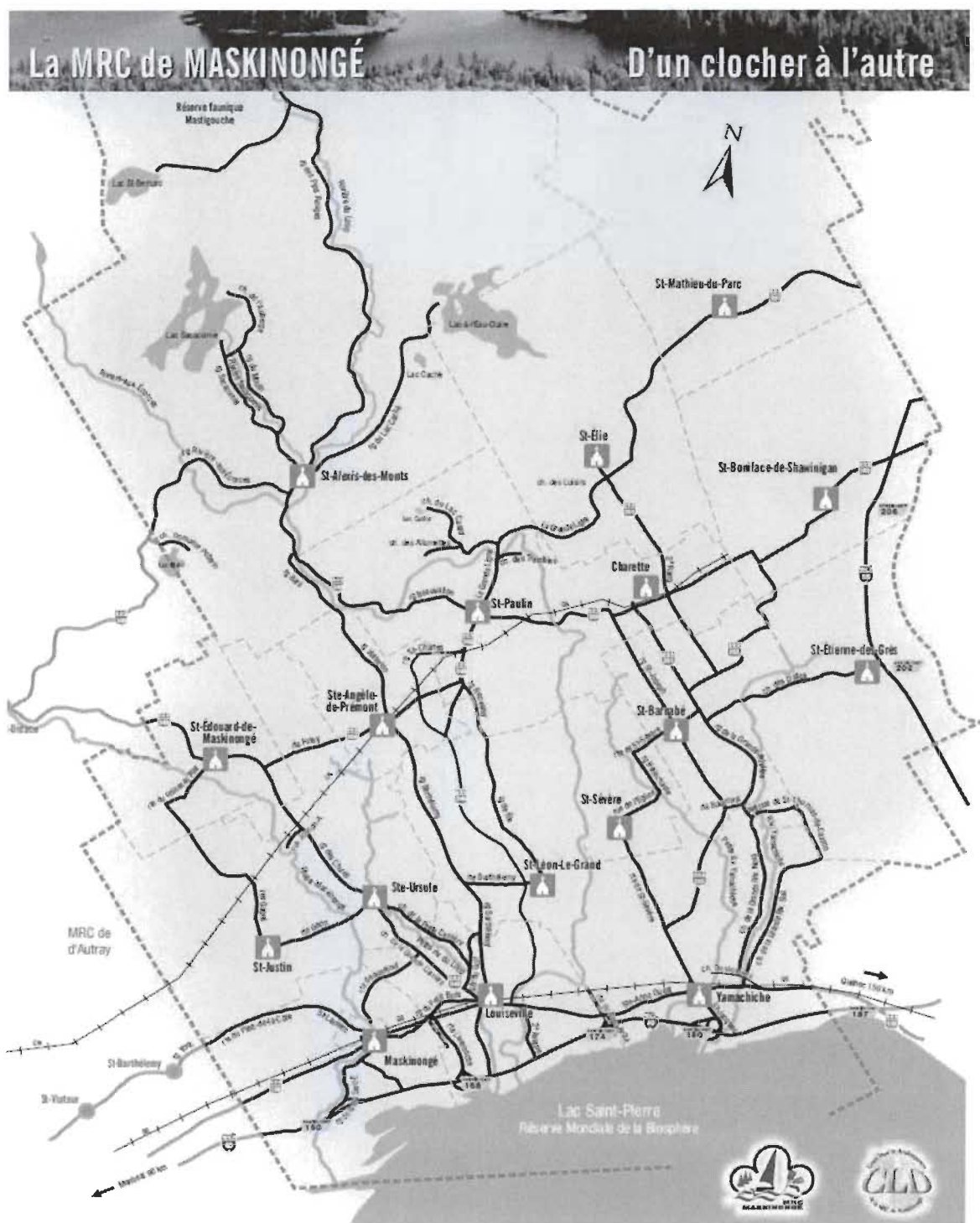
- Maskinongé. (2010). Cartographie. Page consultée le 2010-06-20 de <http://www.mrc-maskinonge.qc.ca/>.
- Melanson, S. E. F., Goonan, E. M., Lobo, M. M., Baum, J. M., Paredes, J. D., Santos, K. S., et al. (2009). Applying Lean/Toyota production system principles to improve phlebotomy patient satisfaction and workflow. *American Journal of Clinical Pathology*, 132 (6), 914-919.
- MSSS. (2003). *Chez soi : Le premier choix, La politique de soutien à domicile*. Document consulté le 2010-09-09.de  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>.
- MSSS. (2005a). *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la santé et des services sociaux*: Gouvernement du Québec. Document consulté.de.
- MSSS. (2005b). *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la santé et des services sociaux*: Gouvernement du Québec. Document consulté.de.
- MSSS. (2008). *Dépenses en services à domicile, 1994-1995 à 2007-2008*. Document consulté le 2010-11-19.de  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats\\_sss/index.php?id=139,105,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=139,105,0,0,1,0).
- MSSS. (2009). *Cadre normatif Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*: MSSS. Document consulté le 2011-03-22.de  
[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/CN\\_I-CLSC\\_01-04-2009.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/CN_I-CLSC_01-04-2009.pdf).
- MSSS. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la santé et des services sociaux*: Gouvernement du Québec. Document consulté.de  
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument>.
- MSSS. (2011). *Dépenses et dépense per capita selon la région sociosanitaire au Québec de 1996-1997 à 2007-2008*. Document consulté le 2010-11-19.de  
<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Listes.aspx?Name=y9M4IcKgJFYapz02jKwkUg==&Key=hhKpcdsNkJS+eg2gWNwm7A==&OrderByClause=8jnVPckjxX8dPG+Ajs/DIA==&idDimension=XX24GD1yzHg=>.
- Ng, D., Vail, G., Thomas, S., & Schmidt, N. (2010). Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. *CJEM: The Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, 12 (1), 50-57.

- OIIQ. (2003). *Notre profession prend une nouvelle dimension. Des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique.*
- OIIQ. (2008). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2007-2008.*
- OIIQ. (2009). Communiqué: L'intégration des infirmières auxiliaires au soutien à domicile - une approche novatrice. Page consultée le 2011-08-15 de <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/communiques/le-prix-innovation-clinique-3m-de-l-ordre-regional-des-infirmieres-et--4>.
- OIIQ. (2010). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010.*
- OIIQ/FMOQ. (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles d l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.*
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e édition ed.). Montréal: Éditions: Chenelière Éducation.
- Québec, G. d. (2009). Démographie. Page consultée de <http://www.gouv.qc.ca/portail/quebec/pgs/commun/portrait/demographie/?lang=fr>.
- Scott, C. D., & Jaffe, D. T. (Éds.). (1989). *Managing organisational change*. Los Altos, California: Crisp Publications.
- Snyder, K. D., & McDermott, M. (2009). A rural hospital takes on Lean. *Journal for Healthcare Quality: Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 31 (3), 23-28.
- Tousignant, P., Soderstrom, L., Lavoie, J.-P., Kaufman, T., & Pineault, R. (2000). Impact d'une réduction de la durée de séjour sur les usagers et leur famille. de [http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/tousignant\\_final.pdf](http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/tousignant_final.pdf).
- Valcarcel-Craig, D. (2009). *Action Research Essentials*. San Francisco: Jossey-Bass.
- VMMC. (2010). Virginia Mason Production System. Page consultée le 2011-06-24 de <https://www.virginiamason.org/body.cfm?id=5154>.
- Womack, J. P., Byrne, A. P., Fiume, O. J., Kaplan, G. S., & Toussaint, J. (2005). *Going Lean in Health Care. White Paper*. Boston: Institute for Healthcare Improvement.



## ANNEXES

(Maskinongé, 2010)



## ANNEXE B

### Calendrier des périodes financières pour les établissements publics et privés conventionnés de santé et de services sociaux

Période	2009-2010	2010-2011	2011-2012
	Période finissant le		
1		24 avril	23 avril
2	<b>22 mai 2009</b>	22 mai	21 mai
3	20 juin	19 juin	18 juin
4	18 juillet	17 juillet	16 juillet
5	15 août	14 août	13 août
6	12 septembre	11 septembre	10 septembre
7	10 octobre	09 octobre	08 octobre
8	7 novembre	06 novembre	
9	5 décembre	04 décembre	
10	2 janvier 2010	<b>01 janvier 2011</b>	
11	30 janvier	29 janvier	
12	27 février	26 février	
13	31 mars	31 mars	

## ANNEXE C

### Analyse des coûts sur l'acquisition d'appareil de type Coagucheck®

**Matériel de ponction veineuse :** Prix unitaires d'un Tube bleu + Aiguille 22G 1po présentement utilisés au CSSSM \*source Nathalie Diamond

$$0,106647 + 0,69193 = 0.80\$$$

**Coût du kilométrage associé au retour au laboratoire (ou point de service) :** Moyenne du nombre de km entre l'usager et le Centre de services Avellin-Dalcourt (CSAD) ou le point de service de Saint-Alexis-Des-Monts multiplié par le coût/km (0,430\$/km\* source Nathalie Diamond). À toutes fins pratique cette distance est représentée ici par le nombre de km qui séparent des principales résidences de chaque secteur, le calcul inclu donc la moyenne de : Manoir J.C. Paquin à CSAD (8,4km) + Villa Harfan Des Neiges à CSAD (1,5km) + Résidence Yamachiche à CSAD (8,7km) + Résidence Des Oliviers à point de service St-Alexis-Des-Monts (1,3km). Les distances sont calculées avec l'outil Google Maps retrouvé sur Internet. Par souci de représentativité, cette distance a été diminuée de moitié puisqu'en pratique il est possible de regrouper plusieurs prélèvements en un voyage vers le laboratoire. Ceci dit, cette mesure demeure une moyenne sommaire. Dans une analyse plus poussée, le kilométrage pourrait être calculé en fonction des secteurs, ce qui ferait varier le coût.

$$[(8,4\text{km} + 1,5\text{km} + 8,7\text{km} + 1,3\text{km}) / 4 \text{ secteurs} \times 0,430\$/\text{km}] / 2 = 1,70\$$$

**Coût du temps infirmier associé au retour au laboratoire (ou point de service) :** Moyenne du temps de voyage entre l'usager et le Centre de services Avellin-Dalcourt (CSAD) ou le point de service de Saint-Alexis-Des-Monts multiplié par un salaire approximatif de l'infirmière (25\$/h ou 0,42\$/min). À toutes fins pratique cette distance est représentée ici par la distance qui séparent les principales résidences de chaque secteur, le calcul inclu donc la moyenne de : Manoir J.C. Paquin à CSAD (9min) + Villa Harfan Des Neiges à CSAD (4min) + Résidence Yamachiche à CSAD (8min) + Résidence Des Oliviers à point de service St-Alexis-Des-Monts (3min). Le temps est calculé avec l'outil Google Maps retrouvé sur Internet. Par souci de représentativité, cette distance a été diminuée de moitié puisqu'en pratique il est possible de regrouper plusieurs prélèvements en un voyage vers le laboratoire. Ceci dit, cette mesure demeure hypothétique et minimaliste. Elle décrit la distance minimale à parcourir.

$$[(9\text{min} + 4\text{min} + 8\text{min} + 3\text{min}) / 4 \text{ secteurs} \times 0,42\$/\text{min}] / 2 = 1,26\$$$

**Coût du temps infirmier supplémentaire associé à la technique :** Cette donnée n'a pas été observée, toutefois, on suppose que la technique de prélèvement par ponction veineuse est plus longue car elle requiert plus d'étapes que le prélèvement par échantillon capillaire. À toutes fins pratiques, il est suggéré d'ajouter deux minutes à la technique par ponction veineuse. Ceci en considérant le salaire approximatif d'une infirmière à 25\$/h, soit 0,42\$/min, donc **0,84\$** peut être ajouté au calcul.

## ANNEXE C (suite)

### Analyse des coûts sur l'acquisition d'appareil de type Coagucheck®

**Coût d'analyse en laboratoire :** Le laboratoire CSSSM appuyé des recommandations du MSSS suggère que le prix chargé au client hors Québec est de 1,63\$ pour l'analyse du prélèvement, ceci excluant le prélèvement même. \*source Guylaine Béland, CSSSM.

**Matériel pour mesure de RNI avec échantillon capillaire :** Bandelette 4,77\$/l'unité, Auto-piqueur 0,30\$/l'unité. Ces prix proviennent d'un fournisseur américain et peuvent être consultés à partir de <http://www.bioussa.com/an.html?gclid=Cli2oZTt7qcCFcJx5Qoda16mcw>

$$4,77 + 0,30 = 5,07\$$$

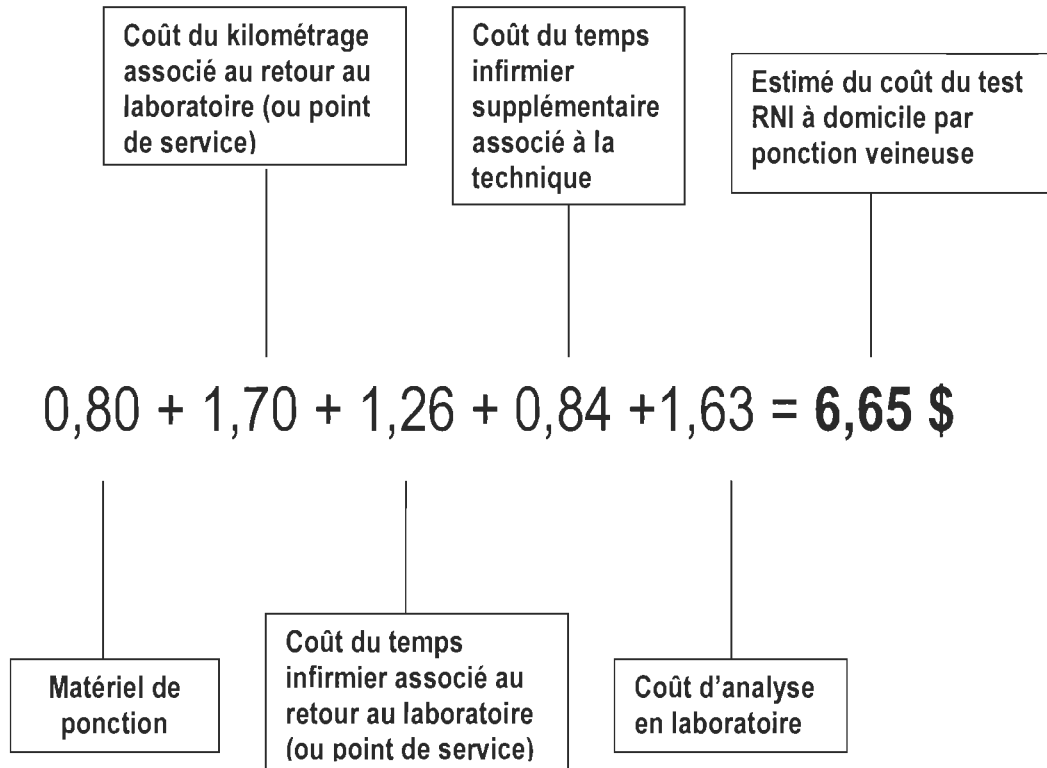
Mesure du RNI par ponction veineuse (méthode actuelle)	Mesure du RNI par échantillon capillaire (méthode suggérée)
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Transfert des résultats de laboratoire par télécopieur du laboratoire à la pharmacie et de la pharmacie à l'infirmière ;</li><li>▪ Temps d'attente et planification du prochain RNI par l'infirmière;</li><li>▪ Entretien des machineries;</li><li>▪ Matériel pouvant être utilisé dans les deux cas (ex. diachylon, tampon d'alcool, bac pour disposer des déchets biologiques).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Achat de l'appareil (Ex. CoaguChek® environ 500\$);</li><li>▪ Temps de formation à l'usage de l'appareil;</li><li>▪ Temps et coût de 20 tests pour assurance de qualité avant l'utilisation officiel de l'appareil (tel que suggéré par l'hémo-oncologue du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières).</li><li>▪ Entretien de l'appareil;</li><li>▪ Matériel pouvant être utilisé dans les deux cas (ex. diachylon, tampon d'alcool, bac pour disposer des déchets biologiques).</li></ul>

**Données pouvant influencer les coûts**  
(non comprises dans le calcul) :

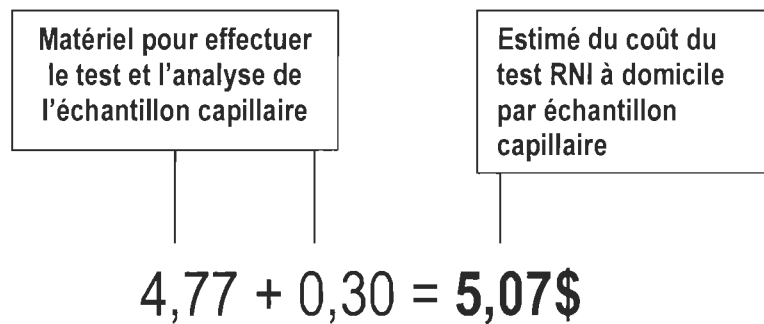
## ANNEXE C (suite)

### Analyse des coûts sur l'acquisition d'appareil de type Coagucheck®

#### Mesure du RNI par ponction veineuse (méthode actuelle)

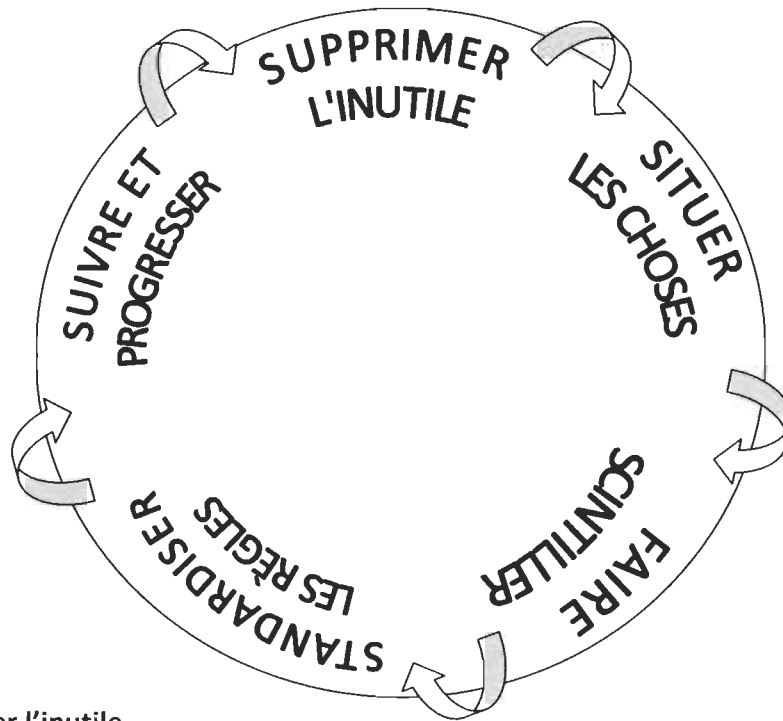


#### Mesure du RNI par échantillon capillaire (méthode suggérée)



## ANNEXE D

### La méthode des Cinq S



#### **1- Supprimer l'inutile**

Trier, séparer l'utile de l'inutile. S'aider du système de classification A = Usage quotidien; B = Usage hebdomadaire ou mensuel; C = Usage rarissime.

#### **2- Situer les choses**

Donner un nom et une place au matériel, utiliser des accessoires (supports) permettant de trouver le matériel et définir des règles de rangement (classer par couleur).

#### **3- Faire scintiller**

Nettoyer régulièrement est une forme d'inspection. Identifier les causes de saleté et tenter d'y remédier. Définir ce qui doit être nettoyé, les moyens pour y parvenir et la fréquence de nettoyage.

#### **4- Standardiser**

Formaliser les règles auprès du personnel afin de maintenir les 3 S précédents. Simplifier la compréhension des règles (aide visuelle).

#### **5- Suivre et faire progresser**

Surveiller régulièrement, corriger s'il y a lieu. Recommencer le triage, ranger et nettoyer dans un objectif d'amélioration continue. Évaluer et valoriser les résultats obtenus.

*(inspiré de Christian Hohmann: <http://chohmann.free.fr/5S/cinqs.html#t>)*